Rok XLIV. Kraków 16 Września 1905. Nr. 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni chemiczno-bakteryologicznej Dra S. Serkowskiego w Łodzi.

O ujednostajnieniu mleka, jako podłoża bakteryi.

Podał

Brunon Czaplicki.

Prawie w każdem mleku znaleźć można różnorodne drobnoustroje w większej, lub mniejszej obfitości. Pochodzą one bądź z przewodów sutka, bądź też z zanieczyszczenia mleka przez nawóz, pył, wodę, służącą do mycia naczyń i t. d. Obecność bakteryi w mleku jest rzeczą powszechnie znaną i dowiedzioną; wiadomo też z badań różnych autorów, że przez mleko mogą się przenosić jadowite bodźce chorobowe (gruźlica, dur brzuszny, cholera, błonica, wąglik, płonica i wiele innych). W szczególności co do cholery przypomnieć tu możemy spostrzeżenie Freudenreicha[1]): na pewnym okręcie zachorowali na cholerę majtkowie, mianowicie ci wszyscy, którzy pili mleko. Okazało się, że do mleka dostały się zarazki z wody, zanieczyszczonej wypróżnieniami chorych na cholerę. Rolę przenośnika przecinkowców cholerycznych przypisują mleku także Gaffky i Simpson.

Co do innych chorób i przenoszenia bodźców ich przez mleko, powołać się tu mogę na zestawienia Serkowskiego[2]), Dominikiewicza[3]) i innych.

Pragnę tu zwrócić uwagę na fakt odmienny, że nie każde mleko bywa dobrem podłożem do rozwoju drobnoustrojów, o czem łatwo się przekonać, szczepiąc pewne hodowle bakteryi w próbach mleka różnego pochodzenia. Tem się też tłómaczy, dlaczego różni autorowie otrzymywali tak odmienne wyniki, jak to najbardziej wpada w oczy w opisach rozwoju prątków cholerycznych.

Według badań Freudenreicha, przecinkowiec choleryczny rozmnaża się nadzwyczaj szybko w mleku jałowem, w mleku zaś surowem drobnoustroje te giną już w przeciągu 24 godzin w walce ze zwyczajnemi bakteryami mleka pod wpływem wytwarzanego przez nie kwasu. Niektórzy autorowie, jak Hesse, Weigman[4]) twierdzą, że przecinkowce choleryczne wcale się nie mogą rozmnażać w niegotowanem mleku; tymczasem Heimowi[5]) udało się odkryć je nawet w mleku skwaszonem i ściętem.

Porównajmy opisy rozwoju przecinkowca cholerycznego w mleku w różnych podręcznikach. Według Kolle-Wassermana rozwój ich w mleku jest bardzo słaby, jedynie w pierwszych okresach, potem zaś ustaje zupełnie, nie wywołując żadnych zmian zewnętrznych; natomiast według Thoinota i Masselina też same przecinkowce rosną w mleku bardzo dobrze, nie zmieniając jednak ani odczynu, ani zabarwienia i nie ścinając mleka. W pierwszem zaś wydaniu podręcznika Serkowskiego czytamy, że przecinkowce z jednych epidemii ścinają mleko, z innych zaś nie zmieniają go wcale.

Jak zobaczymy niżej, nawet podczas jednej i tej samej epidemii wyosobnione przecinkowce nie zawsze rosną jednakowo w różnych próbach mleka. To samo stwierdzono co do różnych szczepów prątka otoczkowego (*bac. capsulatus*) i prątka Friedländera.

Że w mleku surowem drobnoustroje nie zawsze rozwijają i zachowują się jednakowo, jest to rzeczą zrozumiałą i objaśnia się przez antagonizm, przez różnice odczynu, nie sprzyjającego niektórym z nich, przez wytwarzanie szkodliwych produktów jednych względem wydalin innych drobnoustrojów.

Różnica zaś rozwoju w mleku jałowem o określonym stałym odczynie musi zależeć od innych przyczyn. Według badań Serkowskiego przyczyna różnych wyników rozwoju bakteryi w mleku leży nie tyle w zmiennych właściwościach jednej i tej samej bakteryi, ile w zmiennym składzie mleka, w którem często zdarza się nadmiar tłuszczu i cukru mlecznego, a ten nadmiar działa hamująco na rozwój bakteryi.

Wskutek tego mleko odtłuszczone wirówką inaczej się zachowuje wobec bakteryi, aniżeli mleko tłuste, mleko zawierające 3% cukru mlecznego inaczej, aniżeli zawierające 5%, a znów odmiennie takie, w którem tych hamujących rozwój składników jest o połowę mniej (mleko na wpół rozcieńczone wodą).

Jak wiadomo, nie każdy gatunek mleka zawiera jednaką ilość tłuszczu i cukru mlecznego; odsetka ich zależy od bardzo wielu czynników (pora roku, rasa zwierząt, pasza, okres karmienia i t. d.).

Nadmiar cukru mlecznego lub trzcinowego w pożywkach jest dla bakteryi stanowczo szkodliwy (Smith[6]); również zbytnie nagromadzenie tłuszczów działa hamująco na rozwój bakteryi (Manfredi[7]).

Powyższe przyczyny (różnorodny skład mleka i nadmiar cukru mlecznego i tłuszczu), oraz ich skutki (niejednakowy rozwój jednych i tych samych szczepów bakteryi

[1]) Ed. v. Freundenreich. Die Bakteriologie in der Milchwirtschaft II Aufl. Jena 1898 r. (str. 32).

[2]) Mleko i bakterye. Serkowski. Warszawa 1900 (str. 90).

[3]) O przenoszeniu zarazy przez nabiał. Zdrowie 1903.

[4]) Milch-Zeitung 1894. Nr. 6, str. 82.

[5]) Serkowski. Mleko i bakterye. str. 91.

[6]) Smith ibd., T. 18, 1895.

[7]) Manfredi. Baumgartens Jahresb. 1887. 361.

w różnych próbach mleka o odmiennym składzie) stają na przeszkodzie szerszemu stosowaniu mleka, jako pożywki, w pracowniach na równi z bulionem, agarem lub żelatyną.

Najprostsze ujednostajnienie mleka, jako pożywki, może polegać na rozcieńczeniu go wodą w stosunku 1:1, bo w ten sposób zarówno bezwzględne ilości cukru mlecznego i tłuszczu zmniejszają się o połowę, jak również o połowę są mniejsze krańcowe wahania każdego z tych składników. Jeżeli w mleku całkowitem odsetka cukru mlecznego waha się od $3^0/_0$ do $5^0/_0$, to w rozcieńczonem = tylko $1^1/_2$—$2^1/_2{}^0/_0$.

Próbując ujednostajnić mleko, jako pożywkę, wybrałem 2 drogi: 1) rozcieńczenie mleka wodą i 2) różnej procentowości rozczyny proszku mlecznego (galakton) o stałym składzie. A ponieważ na własności mleka, jak się przekonaliśmy, wpływa także sam sposób jego ogrzewania, więc w pierwszej seryi doświadczeń dla porównania każdą odmianę bakteryi szczepiłem jednocześnie w 3 próbach mleka: w jednej nierozcieńczonej i kilkakrotnie pasteryzowanej, w drugiej nierozcieńczonej, lecz wyjałowionej (odcień mleka był różowy) i w trzeciej rozcieńczonej 1:1 wodą i pasteryzowanej. Oczywiście doświadczenia poniższe były wykonane kilkakrotnie, zarówno jak i kontrola samych pożywek, w celu przekonania się, czy są jałowe. Do prób użyłem świeżego mleka o slabo-kwaśnym odczynie.

	Mleko rozcień.		Ml. całkowite		Ml. całk. przegrz.	
	Koagulacya	Odczyn	Koagulacya	Odczyn	Koagulacya	Odczyn
1. Bact. prodigiosum	+	kwaśny	+	kwaśny	+	kwaśny
2. Bact. violaceum	+	kwaśny	+	kwaśny	+	kwaśny
3. B. fluorescens putidus	+	alkal.	—	sł. alk.	—	alkal.
4. Bac. pyocyaneus	+	sł. kwaśny	+	sł. kwaśny	+	sł. kwaśny
5. Bact. Zophii	—	sł. alkal.	—	sł. alkal.	—	sł. alkal.
6. B. mycoides roseus	+	alkal.	+	alkal.	+	alkal.
7. Bac. subtilis	+	alkal.	+	alkal.	+	alkal.
8. B. mesentericus flavus	Δ	alkal.	—	alkal.	—	alkal.
9. Spirillum rubrum	+	sł. kwaśny	—	sł. kwaśny	—	sł. kwaśny
10. B. gracilis non liquefac.	Δ	sł. alkal.	+	sł. alkal.	—	sł. alkal.
11. Bra	+	alkal.	+	alkal.	+	alkal.
12. B. jasmino-cyaneus	+	alkal.	+	alkal.	+	alkal.
13. B. flavo-aromaticus	Δ	alkal.	+	alkal.	+	alkal.
14. Bac. rubefaciens .	—	alkal.	—	alkal.	—	alkal.
15. Bac. viridoflavus .	+	sł. kwaśny	—	sł. kwaśny	—	sł. kwaśny
16. B. lactis aërogenes	+	alkal.	+	alkal.	+	alkal.
17. B. acidi lactici . .	+	kwaśny	+	kwaśny	+	kwaśny
18. Mic. casei amari .	+	alkal.	+	alkal.	Δ	sł. alkal.
19. Bact. ochraceum .	Δ	sł. kwaśny	—	sł. kwaśny	+	sł. kwaśny
20. B. fluorescens aureus	+	alkal.	—	alkal.	—	alkal.
21. B. cyanogenes . .	—	sł. alkal.	—	sł. alkal.	—	sł. alkal.
22. Bact. granulosum .	+	alkal.	—	alkal.	—	alkal.
23. Bact. crassum . .	Δ	sł. alkal.	—	sł. alkal.	—	sł. alkal.
24. Staphylococcus cereus	—	alkal.	—	alkal.	—	alkal.
25. Streptococcus pyogenes	+	kwaśny	+	kwaśny	+	kwaśny
26. Sarcina marginata .	+	sł. alkal.	+	sł. alkal.	+	sł. alkal.
27. Sarcina aurantiaca .	+	kwaśny	—	kwaśny	—	kwaśny
28. Microc. candicans .	+	kwaśny	+	kwaśny	+	kwaśny
29. Vibrio Dunbar . .	+	kwaśny	+	kwaśny	+	kwaśny
30. Bac. Danysz . . .	—	alkal.	—	alkal.	—	alkal.
31. Marpman Harnbacillus	—	alkal.	—	alkal.	—	alkal.
32. B. pseudotuber. 5*a* Corn Nr. 1	—	alkal.	—	alkal.	—	alkal.
33. Paratyphus	—	alkal.	—	alkal.	—	alkal.
34. Bact. coli commune	+	kwaśny	+	kwaśny	+	kwaśny
35. Bact. typhi	—	sł. alkal.	—	amph.	—	amph.
36. Bact. diphtheriae . .	—	sł. kwaś.	—	sł. kwaś.	—	sł. kwaś.
37. Bact. dysenteriae. .	—	sł. kwaś.	—	sł. kwaś.	—	sł. kwaś.
38. Bac. botulinus . .	—	—	—	—	—	—
39. Strept. brevis Lingelsheim	+	kwaśny	—	kwaśny	—	kwaśny

Znak + oznacza koagulacyę, — odwrotnie brak wszelkich zmian w mleku, Δ — koagulacyę z następnem rozcieńczeniem; odczyn „kwaśny" oznacza, że mleko nie zmieniło pierwotnego odczynu, bądź też że kwaśność zwiększyła się.

N a j w i ę k s z y   r o z w ó j,   n a j w y r a ź n i e j s z a   k o a g u l a c y a   i   n a j s i l n i e j s z e   w y t w a r z a n i e   s i ę   b a r w n i k a   b y ł y   p r z e w a ż n i e   w   m l e k u   r o z c i e ń c z o n e m   p a s t e r y z o w a n e m. W mleku całkowitem nierozcieńczonem, w taki sam sposób pasteryzowanem, rozwój był słabszy, a najmniejszy w mleku nierozcieńczonem przegrzanem.

Im dłużej i przy wyższej ciepłocie odbywa się ogrzewanie nierozcieńczonego mleka, tem gorzej rosną w niem bakterye.

Zbadałem odczyn każdej próby mleka, a w wielu z nich i stopień kwaśności: widzimy z powyższej tablicy, że nie zawsze odczyn pozostaje w ścisłym związku z koagulacyą mleka (por. bac. typhi, bact. Zophii, bac. rubefaciens, bac. fluorescens aureus, staphylococcus cereus, bac. Marpmani, bac. pseudotuberculosis Korn, bac. Danysz w przeciwstawieniu do sarcina marginata, bac. fluorescens putidus, bac. mycoides roseus, bac. subtilis, bac. mesentericus flavus, bac. gracilis, bac jasmino-cyanens, bac. flavo-aromaticus, bac. lactis aërogenes, micr. casei amari, bact. granulosum, bact. crassum).

Samo się przez się rozumie, że mamy wciąż na myśli koagulacyę mleka, lecz nie rozwój bakteryi w niem, są to bowiem nie zawsze pojęcia jednoznaczne i równoczesne.

O wiele bardziej poglądowo widać wyższość mleka rozcieńczonego, jako pożywki, z następującego zestawienia ścinania się trzech rodzajów mleka pod wpływem przecinkowców cholerycznych.

Hodowle z poprzednich epidemii		Ml. roz.	Ml. cał.	Ml. przeg.
1. Vibrio cholerae asiaticae	Kral	+	—	—
2. „ „ „	Chabarowsk	+	—	—
3. „ „ „	Kolekcya	+	+	—
4. „ „ „	Moskwa	+	+ —	—
5. „ „ „	Blumenthal	+	+	—
6. „ „ „	Charbin	+	+ —	—
7. „ „ „	Akkerman	+	+	—
8. „ „ „	Hamburg	+	+	+ — ?
Z obecnej epidemii				
9. Vibrio cholerae asiaticae	Japonia (1902)	+	+	—
10. „ „ „	Persya (1903)	+	+	—
11. „ „ „	„ (1904)	+	+ —	—
12. „ „ „	Baku I „	+	+	—
13. „ „ „	„ II „	+	+ —	— + ?
14. „ „ „	„ III „	+	—	—
15. „ „ „	Astrachań I (1905)	+	—	—
16. „ „ „	„ II „	+	—	—
17. „ „ „	Tyflis „2"	+	+ —	—
18. „ „ „	„ „10"	+	—	—
19. „ „ „	Merw (1904)	+	—	—
20. „ „ „	Reszt „	+	—	—

Mleko całkowite pasteryzowane niekiedy ścina się, niekiedy nie; co zależy jednak wcale nie od czasu i pochodzenia przecinkowców, lecz głównie od odsetki cukru mlecznego i w mniejszym stopniu od $^0/_0$ tłuszczu. Z tego powodu wyniki otrzymywałem zmienne. W mleku rozcieńczonem pasteryzowanem zawsze i niezależnie od pochodzenia przecinkowców ścina się sernik szybko pod ich wpływem. Różnica w opisach w różnych podręcznikach co do rozwoju przecinkowców cholerycznych w mleku polega nie na odmiennych właściwościach tych szczepów, lecz na różnym skła-

dzie mleka i głównie na 1) różnej w niem ilości cukru mlecznego i tłuszczu i 2) na niejednakowem przygotowaniu mleka w różnych pracowniach, a niekiedy zależy od zbytniego ogrzewania.

Co jest rzeczą niezmiernie w tej sprawie ważną, to ta okoliczność, że koagulacya nierozcieńczonego mleka nieraz pod wpływem bakteryi bywa niestałem i zmiennem zjawiskiem, natomiast mleko rozcieńczone daje pod tym względem bardziej stałe, dodatnie wyniki.

Nie poprzestając na szczepieniu bakteryi w mleku rozcieńczonem, wykonałem następnie szereg badań nad rozwojem drobnoustrojów w roztworach różnoprocentowych galaktonu firmy br. Siekluckich w Warszawie.

Skład tego przetworu podług rozbioru w naszej pracowni w porównaniu ze składem konserw mlecznych niemieckiego pochodzenia jest następujący:

	Galakton warszawski	Pochodzenia niemieckiego. Proszek ml. z ml. niezbieranego	z mleka zbieranego
Wody	5,32%	6,08%	7,55%
Subst. azot.	33,05 „	23,09 „	30,81 „
Tłuszczu	15,95 „	23,14 „	1,73 „
Cukru mlecz.	42,25 „	42,39 „	53,45 „
Popiołu	3,43 „	5,30 „	6,48 „

Do badań rozcieńczałem galakton w różnym stopniu wodą, mianowicie brałem 5%, 7,5%, 10%, 12,5%, 15% rozczyny. W rozczynach tych szczepiłem pewne odmiany bakteryi, jak: *vibrio cholerae asat.*, *bac. coli commune*, *bact. typhi abdominalis*, *bac. violaceum*, *bact. mesentericum flavum*, *bac. fluorescens putidus*, *bact. viridoflavum* i przez następne szczepienie na agarze sprawdzałem ich rozwój. Okazało się, że prątek okrężnicy (*bact. coli*) i przecinkowiec choleryczny ścięły bez wyjątku rozczyn mleczny niezależnie od nasycenia, ale szybciej w roztworach bardziej rozcieńczonych; prątek durowy wyrósł na wszystkich rodzajach bez koagulacyi, *bact. violaceum* ścięło mleko i wyrosło, jak również *bac. mesentericum flavum*, *viridoflavum* i *b. fluorescens putidus*. Szczepionki prątków duru brzusznego, nie zmieniając mleka, rosną dobrze w rozczynach galaktonu.

Wogóle zauważyłem, że powyższe rozczyny galaktonu nadają się jako ujednostajnione podłoża dla bakteryi, ale wskutek nierównomiernej zawiesiny, z której strąca się szybko dość duży osad, ustępują pod tym względem mleku rozcieńczonemu. Wskutek tworzenia się tych osadów rozczyny proszku mlecznego nigdy nie zastąpią mleka, jako środka odżywczego dla ludzi.

Sądzę, że do stosowania mleka, jako podłoża, posługiwać się trzeba koniecznie ujednostajnionym przetworem, uzyskanym bądź przez rozcieńczenie mleka, bądź też w postaci rozczynów galaktonu. Przy rozwoju bakteryi w mleku zwraca się uwagę na zmianę pierwotnego odczynu (lakmus, mianowanie, mleko zabarwione wskaźnikami), oraz na ścinanie się mleka, oddzielanie serwatki i powtórne rozpuszczenie skrzepu.

Sam sposób pasteryzacyi ma przy przygotowaniu ujednostajnionego mlecznego podłoża bezwarunkowo znaczenie pierwszorzędne: mleko musi być nie skwaśniałe, kilkakrotnie pasteryzowane z zachowaniem takiej ostrożności, aby nie było przegrzane, nie zmieniło swych własności i było zupełnie jałowe.

W tym celu powtórzyłem szereg doświadczeń Russela i Hastingsa z roku 1902 [8]) i sprawdziłem jałowość kilkuset pożywek mlecznych, ogrzewanych do rozmaitych t⁰. Trudność polega tu na sprawdzaniu badań, bo mleko z bakteryami bez zarodników łatwiej można wyjałowić od mleka, zawierającego prątki kwasu masłowego lub względne tlenowce z grupy ziemniakowych lub siennych o niesłychanie odpornych zarodnikach. Niezawsze otrzymuje się więc jednakowy wynik. Radzę pasteryzować rozcieńczone mleko w następujący sposób: ogrzewanie 40-minutowe do 90—92° C. powtarza się trzykrotnie z przerwami 24-godzinnemi, podczas których probówki stoją w cieplarce przy 35°; po ostatniej pasteryzacyi koniecznie należy sprawdzić, czy są jałowe. Wyjałowienie w autoklawie wywołuje w mleku znaczne zmiany, przeszkadzające ujednostajnieniu własności danej pożywki. Wyjaławianie drogą chemiczną, np. zapomocą chloroformu, nie nadaje się do tego celu.

Kontrola pożywek mlecznych [9]) powinna być zawsze z tego powodu wykonaną, że peptonizujące tlenowce (tak zwana trzecia grupa Flüggego) nie zmieniają wyglądu mleka w pierwszym okresie swego rozwoju. Co do odczynu i wpływu jego na rozwój bakteryi por. dokładne doświadczenia Fermi [10]). W świeżo wydojonem mleku odsetka kwaśności waha się w niewielkich granicach 4⁰ Thörnera i dlatego do pożywek trzeba używać świeżo wydojonego mleka.

Zdaje mi się, że powyższe badania uprawniają mnie do wniosku, że rozcieńczenie mleka czyni je odpowiedniejszem dla rozwoju bakteryi, a to zjawisko ma nietylko wpływ na sposób przygotowania mlecznych pożywek w pracowniach, ale równocześnie powinno zwrócić uwagę każdego higienisty: przy zmniejszonej wartości odżywczej rozcieńczenie mleka wodą zwiększa możliwość zakażenia.

Na zakończenie pozostaje mi złożyć szanownemu Drowi Serkowskiemu serdeczne podziękowanie za cenne wskazówki i kierownictwo w mojej pracy.

II. Z zakładu bakteryologii i higieny Prof. Dra Bądzyńskiego i z zakładu medycyny sądowej Prof. Dra Sieradzkiego c. k. Uniwersytetu we Lwowie.

O tak zwanych zatruciach mięsnych z uwzględnieniem epidemii zatrucia we Lwowie w r. 1904.

Podał

Dr. Ferdynand Stankiewicz,

asystent zakł. med. sądow.

(Ciąg dalszy.)

Z tego, co się wyżej powiedziało, zrozumieć łatwo, że dotychczas dla zapobieżenia zatruciom mięsem nie pozostaje nic innego, jak tylko uregulowanie i ścisłe przestrzeganie przepisów, tyczących się oględzin bydła i mięsa, a to zwłaszcza w przypadkach rzezi z konieczności. Po wsiach i miejscowościach mniejszych, gdzie nie ma publicznych rzeźni, a oględziny mięsa i bydła — o ile są dokonywane — powierzone są osobom, niezbyt w potrzebne do tego wiadomości wyposażonym, nadzór taki jest bardzo trudny, jeśli nie wprost niemożebny. W takich miejscowościach, jeśli

---

[8]) Milch-Zeit. 1902, Nr. 33 i 34.

[9]) Centr. f. Bakteriologie I, T. 23, 1898, str. 208 i 266.

[10]) Obecnie przeprowadzamy w naszej pracowni doświadczenia nad sprawdzaniem jałowości podłoża zapomocą *kalium tellurosum*.

jaka sztuka bydła ciężko zachoruje, a nie ma nadziei wyzdrowienia, rzeź odbywa się zazwyczaj w cichości, po kryjomu, a utworzona zaraz na miejscu z sąsiadów włościan „spółka spożywcza“ rozbiera pomiędzy siebie mięso z zabitego zwierzęcia po umówionej w takich razach już z góry cenie. Że w takich przypadkach nie powstają większe epidemie, oraz że przypadki choroby, stąd powstałe, rzadko dochodzą do publicznej wiadomości, pochodzi to naprzód stąd, że włościanie wogóle spożywają zazwyczaj mięso dobrze upieczone lub ugotowane, poprzednio często dłużej solone, a powtóre stąd, że — jak to wyżej podniosłem — takie zatrucia mięsem zazwyczaj idą na rachunek duru brzusznego lub też kryją się pod nazwą innej choroby, dotyczące bowiem osoby w obawie odpowiedzialności za udział w potajemnej rzezi starannie ukrywają właściwą przyczynę. Częstość zachorowań w tych razach mogłaby się zmniejszyć przez usunięcie i zniszczenie przynajmniej trzew i niezwłoczne ugotowanie mięsa po rzezi.

Inaczej się rzecz ma w miejscowościach, posiadających publiczną rzeźnię, w której obowiązuje przymus bicia w niej zwierząt, i gdzie oględziny bydła i mięsa wykonują zawodowo wykształceni urzędnicy sanitarni. Tutaj przypadki wątpliwe, w których trudnoby było określić dobroć mięsa, przydarzyć się mogą stosunkowo rzadko, rozważne bowiem ocenienie anatomiczno-patologicznych zmian, a w danym razie uwzględnienie objawów klinicznych i wykonanie badania bakteryologicznego pomoże w wątpliwych przypadkach biegłemu znawcy rozstrzygnąć o dobroci mięsa. Trudnem, a nawet niemożliwem będzie ono tam, gdzie mimo niewątpliwego istnienia choroby u zwierzęcia nie spotka się w mięsie lub w narządach wewnętrznych żadnych zmian anat., lub też stwierdzone zmiany nieznaczne i niezbyt rozległe nie dozwolą rozpoznać choroby i wydać orzeczenia. W takich razach mimo sumiennego badania zdarzać się mogą omyłki, dające powód do licznych chorób, a takich zdarzeń nigdy zupełnie uniknąć się nie da.

Zatrucia mięsem ze względu na swój odrębny charakter są często przedmiotem dochodzeń sądowych. Ocena takich przypadków zazwyczaj jest dość trudna, a opierać się powinna na rozważeniu wielu szczegółów. W szczególności przy wydaniu orzeczenia w takich przypadkach należy uwzględnić: 1) rodzaj objawów i przebiegu klinicznego choroby, 2) wynik sekcyi osób zmarłych, 3) charakter przypadku (czy dotyczy jednej lub kilku osób, lub też większej ich liczby w postaci epidemii), 4) stwierdzenie choroby u bydła, 5) własności fizyczne podejrzanych pokarmów mięsnych — wreszcie 6) wynik badania chemiczno-bakteryologicznego.

1) Ze względu na przebieg choroby i rodzaj objawów należy zauważyć, że:

a) rychłe wystąpienie pierwszych objawów przemawia za zatruciem; objawy, nastające po dłuższym czasie dowodzą zakażenia;

b) objawy w zakresie nerwów mózgowych dowodzą zatrucia kiełbasianego, natomiast na plan pierwszy występujące objawy w zakresie przewodu pokarmowego, niekiedy w postaci durowej lub cholerycznej, przemawiają za zatruciem mięsem ze zwierząt chorych, lub tez mięsem zepsutem, gnijącem; przy zatruciu mięsem gnijącem można spotkać kombinacyę zaburzeń trawienia z objawami nerwowymi.

2) Zatrucie kiełbasiane nie wywołuje żadnych zmian, któreby można stwierdzić przy sekcyi; przy zatruciu mięsem zgniłem lub pochodzącem ze zwierząt chorych spotyka się zazwyczaj objawy ostrego nieżytu przewodu pokarmowego rozmaitego nasilenia, niekiedy także spotyka się obraz ostrej ogólnej choroby zakaźnej.

3) Zatrucia mięsem zgniłem lub z chorych zwierząt pojawiają się najczęściej w postaci epidemii, obejmującej większą liczbę osób, zatrucia kiełbasiane dotyczą kilku, kilkunastu osób; pojedyncze przypadki chorób przemawiają raczej przeciw zatruciu mięsem w ogóle.

4) Zdarzające się równocześnie z zachorowaniem ludzi przypadki chorób u bydła przemawiają za zatruciem mięsem chorych zwierząt.

5) Pamiętać należy, że mięso zepsute, gnijące przy dostępie powietrza, może zupełnie zdrowiu nie szkodzić; tam, gdzie ono stało się przyczyną zachorowań, nastąpiło to albo przez zakażenie bakteryami lub przez zatrucie produktami wymiany materyi tych drobnoustrojów.

Mięso gnijące bez dostępu powietrza lub przy niedostatecznym jego przystępie zawiera istoty trujące, będące wytworem drobnoustroju, t. j. prątka zatrucia kiełbasianego (*bac. botulinus*). Mięso, wyglądające prawidłowo, staje się przyczyną zachorowań wówczas, gdy pochodzi ze zwierząt chorych; takie mięso jest siedzibą drobnoustrojów najczęściej z grupy *bac. enteritidis*, wytwarzających ciała trujące, odporne na gorąco: to też ugotowanie takiego mięsa nie zabezpiecza przed zachorowaniem. Mięso takie może uledz skutkiem gnicia dalszemu zakażeniu.

6) Wedle najnowszych doświadczeń nietylko możemy badaniem chemiczno-bakteryologicznem udowodnić istnienie takiego zatrucia u pewnej osoby, ale nadto możemy wykryć nawet po upływie pewnego czasu przebycie zatrucia, a to za pomocą aglutynujących własności surowicy krwi [34]).

Przedmiotem badań chemiczno-bakteryologicznych w przypadkach zatruć mięsem są zazwyczaj resztki niespożytych, często gnijących pokarmów mięsnych, wypróżnienia chorych, lub też wreszcie narządy i treść przewodu pokarmowego osób zmarłych, celem zaś badań jest wykrycie drogą chemiczną istot trujących, należących — biorąc ogólnie — do ciał białkowatych, oraz stwierdzenie obecności drobnoustrojów i ich określenie. Jeżeli uwzględnimy, że te pokarmy i t. d., zazwyczaj już zgniliźnie podległe i będące siedliskiem drobnoustrojów, mogą uledz dalszemu jeszcze zanieczyszczeniu, a tem samem mogą się zmienić i to nietylko one same, ale i wytworzone w nich trujące substancye, o których wykrycie nam chodzi, to łatwo zrozumiemy, jak bardzo każda, najmniejsza nawet zwłoka w badaniu i nieoględne postępowanie z przeznaczonym do badania materyałem mogą być szkodliwe i nietylko sprawić wynik mniej dokładny i wątpliwy, lecz wprost badanie zupełnie uniemożliwić. Zwłoka taka jest też często następstwem rozmaitych formalności, skutkiem których przedmiot, przeznaczony do badania, dochodzi do rąk właściwych tak późno, że o takich wynikach, któreby można dla sprawy zużytkować, mowy być nie może i zbyt często też winowajca, jeśli się taki znajduje, jedynie tylko z tego powodu nie otrzy-

[34]) Co do oceny zatruć mięsem pod względem sądowo-lekarskim ob. Lochte: Die amtsärztliche Beurtheilung der Fleischvergiftung (Botulismus). Vierteljahresschrift f. öffentl. Gesundh.-Pflege. XXXV. H. 2.

muje zasłużonej kary. Często też przyczyną takiej straty czasu bywa nieświadomość prowadzącego śledztwo, komu należy powierzyć podobne badania; takie lica sądowe błąkają się przez dni kilka po urzędach, znawcach i zakładach, dopóki nie dostaną się do rąk właściwych. O takim jednym przypadku wspomina Schröder[35]), dowodząc, że zmarnowano wtedy ze szkodą dla sprawy kilka dni. Uwzględniając nasze stosunki i przepisy, obowiązujące w Galicyi, według których przy rewizyach środków żywności, w wypadkach podejrzanego zachorowania, gwałtownej śmierci i t. d. obecnym być musi zawsze jako członek komisyi policyjno-sanitarnej lekarz miejski (lekarze policyjni czynności tych dotąd nie spełniają), sądzę, że na niego spada obowiązek pouczenia członków komisyi, w jakich naczyniach i w jaki sposób mają być opakowane i przesłane takie lica sądowe; on też winien zwrócić uwagę i pouczyć komisyę o tem, że badanie bakteryologiczno-chemiczne takich materyałów powinno być wykonane bez zwłoki. W ten sposób już w samych początkach dochodzeń mogłyby się władze zoryentować, czy w danym przypadku zachodzi rzeczywiście czyn karygodny, a wtedy nietylko częściej, niż to się dotychczas dzieje, poniósłby winny zasłużoną karę, lecz nierówne większe, niż dotąd, korzyści odniosłaby nauka, gdyż każde prawie takie badanie, przedsięwzięte na świeżym materyale, stać się może przyczynkiem do lepszego poznania tych, nie we wszystkich jeszcze szczegółach wyjaśnionych chorób.

Przechodzę do własnych moich spostrzeżeń:

W nocy z 4 na 5 czerwca zachorowała nagle rodzina rzemieślnika W., złożona z czworga dorosłych osób. Poprzedniego dnia byli wszyscy zupełnie zdrowi, oddawali się swym zwyczajnym zajęciom; tej nocy silne boleści i jęki głowy rodziny obudziły innych, dotąd w śnie pogrążonych jej członków, którzy również za chwil kilka podobnym cierpieniom ulegli. Najcięższe objawy były u 67-letniego mężczyzny, który przez cały dzień 5/VI był nieprzytomny i w tym stanie przyjęty do szpitala zmarł wśród zapadu 6/VI rano o godz. 5. Wedle wywiadów, zebranych w szpitalu, dokąd i resztę członków tej rodziny przewieziono, do chwili zachorowania cieszyli się wszyscy dobrem zdrowiem; po skończonej pracy w sobotę (4/VI) spożyli na wieczerzę około godz. 9 studzeninę (galaretę), zakupioną przez jednego z nich tego samego dnia nad wieczorem w sklepie przy ul K. za 30 halerzy, a chociaż nie zauważyli w tej potrawie niczego szczególnego, to jednak wszyscy odnoszą przyczynę zachorowania do tej okoliczności.

Przypadki takiego zachorowania nie ograniczyły się na tej rodzinie: w krótkim czasie zgłosiło się do szpitala więcej osób, nadto stwierdzono urzędownie kilkanaście innych, pozostających w opiece domowej. Ogółem od dnia 1/VI wieczorem do 6/VI rano zachorowało nagle wśród podobnych objawów 35 osób, z tych zaś przeszło 20 osób zachorowało w nocy z 4 na 5 lub w ciągu 5/VI. Wedle wieku było dzieci do lat 2 troje, do lat 12 sześcioro, 26 osób dorosłych. W szpitalu i klinikach leczyło się 12 osób[36]), reszta leczyła się w domu, lub też lekarza wcale nie wzywała. Osoby te stanowiły 8 rodzin lub gospodarstw, nadto było 3 osób wolnych. Wszystkie te osoby przed zachorowaniem jadły studzeninę i wszystkie z wyjątkiem jednej, która okoliczności tej nie przypisywała żadnego znaczenia, a nawet z początku wogóle o tem nie wspomniała, odnosiły przyczynę zachorowania do spożycia tej potrawy. Studzeninę tę zakupywały w dwóch sklepach: przy ul. K. i ul. S. Studzenina wedle zaczerpniętych wywiadów nie ujawniała niczego nieprawidłowego, coby się dało było stwierdzić powonieniem lub smakiem, kilka osób określiło ją wprost jako smaczną, jedna, czy dwie, jadły ją nawet dwukrotnie z kilkugodzinną przerwą.

Pierwsze objawy choroby nie dały zbyt długo czekać na siebie: w przeważnej części przypadków nastąpiły już w 5—6 godzin, rzadziej w kilkanaście, najdłużej po upływie 24 godzin, raz nawet nastały już w $1^1/_2$—2 godzin (osoba ta, zjadłszy studzeninę w czasie odwiedzin u znajomych, zachorowała w drodze do domu). Na objawy te składały się silne boleści brzucha, mdłości, nudności, zawroty głowy, osłabienie, niekiedy poty zimne, a do nich przyłączały się w dalszym ciągu choroby przypadłości żołądkowo-jelitowe, t. j. wymioty, silna biegunka z częstymi (do 20 i więcej na dobę) płynnymi, zielonkawo-zabarwionymi, niekiedy cuchnącymi stolcami, parcie na stolec i mocz, niekiedy zmniejszenie wydzielania moczu, obok tego suchość w gardle, pragnienie i utrata łaknienia.

Pod względem przebiegu choroby możnaby przypadki te podzielić na trzy grupy:

a) z objawami groźnymi dla życia i przebiegiem bardzo ciężkim,

b) przypadki o średnio ciężkim przebiegu,

c) lekkie.

Ciężkich przypadków było ogółem pięć: jeden z nich zakończył się śmiercią (w 32 godzin po spożyciu studzeniny a w 25—26 godz. od pierwszych objawów). Inne jedynie dzięki szybkiej i starannej opiece lekarskiej zakończyły się pomyślne. Z czterech tych przypadków pierwszy dotyczył 18-letniego młodzieńca, który zachorował w nocy z 4 na 5/VI, przyjęty został w dniu 5 do szpitala, a następnie przeniesiony na klinikę na pół nieprzytomny z sinicą i objawami zapadu; w takim samym stanie przyjęto do szpitalika dziecko 6-letnie, którego życie przez czas dłuższy poważnie było zagrożone i jedynie wlewania podskórne i wstrzykiwania kamfory zdołały je ocalić. Trzeci przypadek dotyczył 60-letniej kobiety z wadą sercową, ostatni dorosłego młodego mężczyzny (ob. niżej).

Do przypadków o średnio ciężkim przebiegu zaliczyć można mniej więcej $^1/_3$ część wszystkich; u tych choroba trwała 10—14 dni; reszta były to lekkie, kilka dni trwające zaburzenia zdrowia

Co do innych objawów, które już to u jednego, już też u drugiego z chorych spostrzegano, wymienić należy niemiarowość tętna, stwierdzoną w pierwszych dniach choroby u kilku osób, rozszerzenie źrenic i leniwe ich oddziaływanie na światło, u wspomnianego dziecka od szóstego dnia choroby źrenice skaczące, utrzymujące się w tym stanie przez trzy dni z obfitem łzawieniem i lekkiem opadnięciem górnej powieki lewego oka. U wspomnianego dorosłego mężczyzny stwierdzono w chwili przyjęcia do szpitala na tułowiu osutkę; ze względu na nią, jak i na inne objawy duru brzusznego (powiększenie śledziony itd.) uważano początkowo przypadek ten za dur brzuszny tem bardziej, że chory ten był pierwszą ofiarą tej epidemii, gdy jeszcze o innych

---

[35]) Schröder: Die Fleisch- u. Wurstvergiftung in U. und Umgegend des Kreises Weissenfels im J 1892. Vierteljahresschr. f. gericht. Medic. 1893. III. F. VI. S. H. Str. 104.

[36]) Za zezwolenie zużytkowania historyi chorób pacyentów, leczonych w klinikach i szpitalu powsz., składam PP. Profesorom i Prymaryuszom gorące podziękowanie.

przypadkach nic nie było wiadomo, a i sam chory w wywiadach nie wspomniał o żadnych błędach w dyecie.

Podwyższenie ciepłoty stwierdzono w pierwszych dniach choroby u wszystkich chorych, u niektórych dochodziło do 40·2° C. Tor gorączki był ciągły; ciepłota opadała stopniowo (*per lysin*), lub też nagle, przełomowo. U dziecka 6-letniego wystąpiły po tygodniu choroby plamki różowe (*roseola*) na kończynach, utrzymując się przez 3 dni, w dwóch innych przypadkach stwierdzono w okresie zdrowienia łuszczenie się naskórka, jak w odrze. W moczu chorych, leczonych w zakładach publicznych, znaleziono w 5 przypadkach (na 9) białko w skąpej ilości; białko to po kilku dniach znikło; w tych samych przypadkach pojawiał się też odczyn diazowy. Wykonane w dwu przypadkach badanie krwi nie wykryło zmian.

Okres ozdrowienia przeciągał się długo, u wszystkich chorych przez długi czas utrzymywało się znaczne osłabienie i ogromne wychudzenie.

W niektórych przypadkach powiodło się stwierdzić pewien stosunek między ilością zjedzonej studzeniny, a ciężkością zachorowania, w innych razach wyśledzić ten stosunek było trudno, głównie z tego względu, że chorzy nie mogli dokładnie określić ilości zjedzonej potrawy, bo zwykle z zakupionej za pewną sumę dla całej rodziny studzeniny jeden jadł więcej, drugi mniej; to jedno można powiedzieć na pewno, że ilość ta nie mogła być wielką, najczęściej 500 gramami studzieniny dzieliły się cztery osoby, na jedną wypadałoby 125 gr.; w bardzo wielu razach ilość ta nie wynosiła więcej, jak 60—75 gr. dla osoby dorosłej, największa ilość dochodziła raz do 200 gr. Jak ogólnie wiadomo, przyrządzają rzeźnicy studzeninę w ten sposób, że nogi zwierząt młodych (najczęściej wieprzów lub cieląt) po oczyszczeniu zalewają wodą, dodając niekiedy także i innych części zwierzęcego kadłuba, zwłaszcza obfitujących w klej, i gotują czas jakiś; następnie mięso wyjmują, krają na drobniejsze kawałki, mające 2—4 cm.^{3}, przyczem kości albo pozostawiają albo odrzucają, układają pokrajane kawałki mięsa we formy, zalewają pozostałym z gotowania rosołem, poczem stawiają formy w chłodnem miejscu. Rosół ten z powodu zawartości kleju zwierzęcego krzepnie i tworzy się galareta z tkwiącymi w niej kawałkami mięsa. Dla smaku dodają też czasem przypraw w postaci czosnku, pieprzu lub liści bobkowych. Galareta taka utrzyma się bez zmiany w chłodnem miejscu, zależnie od ciepłoty, przez 2—4 dni; stanowi ona, jak o tem świadczy sam sposób przyrządzenia, znakomitą pożywkę dla drobnoustrojów gnilnych, to też z rozpływania się galarety poznać można, że wyrób nie jest świeży.

Zachęcony przez mojego szefa Prof. Dra Sieradzkiego i Prof. Dra Bądzyńskiego, zająłem się najpierw zbadaniem materyału, jaki miałem pod ręką, t. j. zwłok mężczyzny, o którym na wstępie wspomniałem.

Badanie bakteryologiczne, jakie było wskazane, należało przedsięwziąć jak najrychlej, od tego bowiem zależała cała jego wartość i wynik, zwłaszcza wobec gorącej pory roku. Z drugiej jednak strony nie mogłem rozporządzać swobodnie zwłokami, zastrzeżonemi do sekcyi sądowo-lekarskiej, której terminu na razie nie oznaczono. To też postępowałem w ten sposób, by je jak najwięcej oszczędzić i dlatego nie otwierałem nawet przewodu pokarmowego, tem bardziej, że dość rozpowszechnioną była pogłoska, iż denat „otruty został studzeniną, w którą ktoś nasypał arszeniku“. Materyał do badań bakteryologicznych wzbogacił się później, gdy za wiedzą sędziego śledczego ustąpił mi uprzejmie chemik sądowy nieco studzeniny ze skonfiskowanej przez komisyę w sklepie przy ul. K., a stanowiącej część wyrobu z 3/VI, którego reszta rozsprzedaną została.

Wynik dokonanej w dniu 7/VI o godz. 11 rano sekcyi sądowej zwłok denata był w streszczeniu następujący:

Budowa i odżywienie mierne, w zatokach żylnych mózgu krew płynna, naczynia opony miękkiej silnie nastrzykane, mózg przekrwiony, naczynia na podstawie mózgu o ścianach nieco sztywniejszych. Nieznaczne zrosty w częściach przykręgowych płuc, brzegi płuc zaokrąglone, poduszkowato rozdęte, w oskrzelach grubszych treść lepka, dość gęsta, w szczytach nieznaczne zagęszczenie łącznotkankowe.

Błona śluzowa jamy ust i gardła sucha, bladoróżowa; na błonie śluz. przełyku widać liczne gruczoły odosobnione; w krtani bł. śluz. blada, w tchawicy różowa, lepką żółtawą treścią pokryta.

Na przedniej powierzchni osierdzia ograniczone zgrubienie mlecznobiałe. w jamach serca ciemne i jasne skrzepy krwi, mięsień sercowy jędrny z odcieniem lekko-żółtawym, na błonie wewnętrznej tętnicy głównej nieznaczne zgrubienie śródbłonka, tętnice wieńcowe o ścianach zgrubiałych, nieco sztywniejsze. Śledziona bardzo mała (6 cm. długa, 4 cm szeroka), miąższ jej zbity, twardy, z silnym rozwojem tkanki łącznej. Żołądek podwiązany, a następnie otwarty, zawierał nieznaczną ilość treści płynnej, szarej, bez żadnej znamiennej woni. Błona śluz. żołądka w dnie drzewkowato nastrzykana, zresztą dość blada, nie rozpulchniona, lekko śluzem pokryta. Jelita, przecięte wzdłuż, mają błonę śluz. blado-różową, w całości lekko rozpulchnioną, bez wybroczyn, owrzodzeń, ani nadżerek. W dolnej części jelita cienkiego kępy Peyera lekko obrzękłe, oraz wyraźne grudki odosobnione. W jelicie grubem również treść rzadka zupełnie, błona śluz. rozpulchniona, bladoróżowa; w dolnych częściach kiszki grubej jest błona śluz. silniej różowo-zabarwiona, rozpulchniona. W nerkach miąższ ćmy, żółtawy. Wątroba, trzustka bez zmian. Gruczoły krezkowe nie powiększone, na przekroju różowe, soczyste.

Badanie bakteryologiczne narządów ze zwłok rozpocząłem 6/IV w południe t. j. 7—8 godzin po śmierci denata, studzeniny zaś zaraz po jej uzyskaniu t. j. 8/VI.

W celu wysiania na pożywki materyału z wątroby, śledziony i nerek postępowałem w sposób następujący: po wyjęciu narządu ze zwłok pociągałem rozżarzonym nożem powierzchnię, poczem drugim nożem jałowym robiłem cięcie pionowe, prostopadłe do powierzchni narządu, na 2—2$^1/_2$ cm. w głąb, w połowie zaś głębokości tegoż cięcia prowadziłem trzecim nożem cięcie idące w głębi narządu 1—1$^1/_2$ cm. od powierzchni, do niej równoległe, i stąd dopiero brałem materyał do szczepienia. W ten sam sposób postąpiłem z wyciętym dużym kawałkiem mięśnia lędźwiowo-udowego (*ileopsoas*); krew brałem, zachowując stosowne środki ostrożności, z komory prawej serca. Ze względu na odbyć się dopiero później mającą sekcyę zwłok sądową musiałem się na tem ograniczyć tak, że szczepień z przewodu pokarmowego na razie zaniechać musiałem, po sekcyi zaś nie przedstawiały one już wielkiej wartości.

Studzenina w chwili szczepienia, t. j. 8/VI, była masą galaretowatą, trzęską, jasno-żółtawą, po części już się rozpływającą, w której tkwiły większe i mniejsze kawałeczki mięsa czerwono-brunatnego. Mięso to dawało się łatwo igiełkami rozdzielić na wiązki włókien i pojedyncze włókienka, tudzież rozetrzeć na miazgę między palcami; pod mikroskopem niepodobna było stwierdzić budowy i prążkowania włókien, nie dało się też określić, z jakiego zwierzęcia mięso to pochodzić mogło. Zapach tej studzeniny był mdły, nieprzyjemny, woni gnilnej. Do szczepień użyto tak galarety, jak i samego mięsa; materyał brano ze środka największych kawałeczków mięsa. Jako pożywek używałem w każdym przypadku agaru i 10% żelatyny; żelatynę potem wylewałem na płytki. Z każdego materyału szczepiłem po 4—6

probówek agarowych i po tyleż żelatynowych, połowę z nich hodowałem dalej przy dostępie powietrza, połowę zaś w otoczeniu beztlenowem, mianowicie płytki żelatynowe w atmosferze wodoru (w aparacie Botkina), pożywki z agarem po usunięciu tlenu (sposobem Buchnera), pierwsze w ciepłocie pokojowej 18—20° C., drugie w cieplarce w 37° C [37]).

Obok szczepień sporządzałem do badania na bakterye także preparaty odciskowe z narządów i ze studzeniny, nadto zaś część wyciętego ze zwłok mięśnia posiekano, wyciśnięto zeń w sposób jałowy sok, z którego również sporządziłem preparaty mikroskopowe i założyłem hodowle, głównie użyłem go za materyał do szczepienia zwierząt. Preparaty barwiłem już to zwykłymi barwikami wodnymi zasadowymi, już też sposobem Grama, próbowałem też dla odbarwienia tkanek, oraz dla lepszego uwidocznienia drobnoustrojów użycia kwasu octowego.

Przy badaniu wszystkich tych preparatów stwierdziłem obecność drobnoustrojów w studzeninie (w galarecie i w mięsie studzeniny), w nerce, krwi i w mięśniu, resp. soku mięśniowym ze zwłok. W polu widzenia mikroskopu widać było jeden, czasem kilka rozrzuconych prątków, czasem jakby ziarniaków; zbitych ognisk, powstałych z nagromadzenia drobnoustrojów, nie stwierdzono. We krwi znaleziono tylko w jednym preparacie drobnoustroje w postaci prątków, ale w skąpej bardzo ilości, natomiast w studzeninie było ich sporo, zwłaszcza w preparatach z galarety w każdem polu widzenia po kilka i kilkanaście prątków dość grubych, już to dłuższych, już też krótszych o zaokrąglonych końcach. W preparatach z wątroby i śledziony drobnoustrojów nie znaleziono.

Jeżeli wynik ten był dość skąpy, to za to wynik szczepienia na pożywkach we wszystkich przypadkach pomyślnym został uwieńczonym skutkiem, choć i tutaj widać było odrazu wahania ilościowe. Już po upływie doby na pożywkach agarowych, na płytkach zaś po 48 godzinach stwierdzić można było obecność drobnoustrojów; wnosząc z ilości kolonii na płytkach najwięcej ich było w galarecie ze studzeniny, następnie co do liczby szły płytki z wątroby, śledziony, soku mięśnia zwłok, z mięsa galarety, z nerek i krwi. I tak na jednej płytce z wątroby było kolonii około 150, z krwi kilkanaście, na jednym agarze ze krwi było 8 odosobnionych kolonii, na agarze z nerki około 17 drobnych i t. d.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[37]) W późniejszych doświadczeniach dla zbadania chorobotwórczych własności wyosobnionych drobnoustrojów u zwierząt ograniczałem się do zakładania z każdego narządu hodowli agarowych i płytkowych po 1—3 probówek, hodując je następnie przy dostępie powietrza; po stwierdzeniu własności drobnoustrojów tych byłoby niepotrzebnem i bezcelowem hodowanie bez dostępu O.

III. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Schottmüller. **Przyczynek do etyologii włóknikowego zapalenia płuc.** (*Münchener medicinische Wochenschrift*, 1905, 30). W 6 spostrzeganych przez siebie przypadkach pierwotnego typowego włóknikowego zapalenia płuc otrzymał autor ze krwi chorych za życia, a następnie po śmierci z miąższu płucnego czyste hodowle paciorkowca śluzowego (*streptococc. mucosus*). W ten sposób etyologia pierwotnego włóknikowego zapalenia płuc wzbogaca się dzisiaj o jeszcze jeden drobnoustrój: obok dwoinki Fraenkla (*diplococcus pneumoniae*), która stanowi najczęstszą (około 95 prc.) przyczynę pierwotnego zapalenia płuc, bywa przyczyną prątek Friedländera (*diplobacillus s. pneumobacillus pneumoniae*) i wykryty obecnie przez Schottmüllera drobnoustrój. Odkrycie to jednak wymagać będzie sprawdzenia na większym materyale. Paciorkowiec śluzowy (*streptoc. mucosus*) układa się na podłożach stałych w dwoinki, leżące rzędami obok siebie. W zabarwionych preparatach znamienną cechę stanowi otoczka śluzowa, zachowująca się we wszystkich pokoleniach. Na powierzchni agaru tworzą się po upływie 20 godzin ciągnące się, połyskujące, śluzowe, wodojasne naloty. Odróżnić paciorkowca śluzowego od prątka otoczkowego (*bacillus capsulatus* Friedländer) lub paciorkowca róży (*streptoc. erysip.*), łatwo, uwzględniwszy cały szereg znanych własności biologicznych i hodowlanych. *Wilczyński.*

Hochheim. **Doświadczenia kliniczne nad digalenem** (*digitoxin. solub. Cloetta*). (*Zentralblatt für innere Medicin*, 1905, 22). Pomyślne doświadczenia, jakie co do digalenu zebrali Naunyn, Klemperer, Kottmann (ob. ref. w *Przeglądzie lek.* Nr. 26 b. r.) potwierdza w zupełności H. Stosował on digalen wewnętrznie, podskórnie i śródżylnie w przypadkach niewyrównanych wad serca z pomyślnym przeważnie skutkiem. Digalen przedewszystkiem podnosi parcie krwi, usuwa niemiarowość i zmniejsza szybkość uderzeń serca; przy objawach zastoinowych działa silnie moczopędnie, które to działanie pojawia się już w 2—3 dni po podaniu digalenu, a utrzymuje się jeszcze czas dłuższy po jego odstawieniu. Podskórne wstrzykiwania wywołują miejscowy obrzęk, czasem nawet krwawe podbiegnięcia i zazwyczaj parę godzin trwające, mierne, palące bole, mniej jednakże przykre, aniżeli po wstrzykiwaniach *digitoxini crystalisati*. Śródżylne wstrzykiwania są niebolesne. Objawów ubocznych (nudności, wymioty, zawroty i t. p.) H. nigdy nie zauważył. Ze względu na wysoką cenę przetworu sądzi autor, że wewnętrznie można użyć z równie dobrym skutkiem znacznie tańszego *digitoxinum crystalisatum* à 0·00025 3 razy dziennie w ciągu 3—4 dni, digalen natomiast ograniczyć tylko do podskórnych i śródżylnych wstrzykiwań. *Wilczyński.*

Arnstein. **Przypadek ostrego gośćca wielostawowego w przebiegu włóknikowego zapalenia płuc, oraz kilka uwag o jego pochodzeniu.** (*Medycyna*, Nr. 6, 1905). Autor opisuje przypadek włóknikowego zapalenia płuc, które przebiegało zresztą zupełnie prawidłowo. Po przesileniu zapalenia, które nastąpiło w dniu 7-mym choroby, wystąpił w dniu 8-mym gościec wielostawowy. Autor roztrząsa pytanie, czy czynnikiem tego powikłania był swoisty zarazek gośćca, czy też sprawa chorobowa w stawach została wywołana przez zarazek zapalenia płuc — dwoinkę? Brak bakteryologicznego badania, któreby rozstrzygnęło to pytanie, zastąpił autor logicznem rozumowaniem: 1) ponieważ doświadczenie poucza, że pneumokokowe zapalenie stawów zwykle ogranicza się tylko do jednego lub dwóch stawów; 2) ponieważ zwykle bywa ono ropne, przebieg jego zwykle jest ciężki i długotrwały, a przetwory salicylowe pozostają bez wpływu na objawy tej choroby, — przeto autor sądzi, że miał do czynienia z swoistem zakażeniem gośćcowem, w którem zapalenie płuc odegrało tylko rolę usposabiającą przez zmniejszenie ogólne odporności ustroju, który uległ przez to łatwo zakażeniu gośćcowemu. *Hekim.*

E. Neter. **Moczenie krwawe jako jedyny objaw choroby Barlowa.** (*Deutsche med. Wochs.*, Nr. 19, 1904). Opis przypadku, dotyczącego ośmiomiesięcznego oseska, dotąd zupełnie zdrowego, którego od 4 miesięcy żywi matka wyłącznie zupą słodową (Malzsuppe Loefflund). Od 2 tygodni pojawiły się zaburzenia w stanie ogólnym i krwawe zabarwienie moczu. Badanie nie wykrywa żadnych zmian prócz krzywiczego zmiękczenia czaszki. Autor rozpoznał chorobę Barlowa, rozpoznanie potwierdziło się *ex juvantibus:* po podawaniu surowego mleka zmiany chorobowe znikły z moczu po 8 dniach. Autor zamierza artykułem swym zwrócić uwagę lekarzy, że krwawy mocz może być pierwszym objawem choroby Barlowa. *Stahr.*

Müller i Seidelmann. **Fizyologia i patologia odruchu powłok brzusznych.** (*Münchener med. Wochs.*, 1905, 28). Zachowanie się odruchu powłok brzusznych w warunkach prawidłowych, a co za tem idzie, i wartość objawu tego dla medycyny wewnętrznej bywa bardzo rozmaicie ocenianą; tak n. p. jeszcze w ostatniem wydaniu znakomitego podręcznika chorób nerwowych Oppenheim twierdzi, że odruch powłok brzusznych już u zdrowych jest zjawiskiem bardzo niestałem i dla patologii niema większego znaczenia. Sprzeciwiają się temu doświadczenia obu autorów, zebrane u większej liczby zupełnie zdrowych ludzi; z badań ich wynika, że odruch powłok brzusznych daje się stale wywołać zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet młodych ze zdrowym układem nerwowym i przy prawidłowym stanie narządów wewnętrznych jamy brzusznej; u ludzi wiekowych odruch zjawia się rzadziej. Co do

samej techniki, to należy zawsze, odwróciwszy uwagę badanego, przesuwać równo szybko i silnie po obu stronach linii środkowej najlepiej tępym końcem ołówka lub igły. Jeśli odruchu wywołać nie można na chorym stojącym, to jeszcze na leżącym zjawić się on może. Brak odruchu — przy dokładnej technice badania — u osobników młodych każe zawsze przypuszczać jakąś chorobową przyczynę, a tą mogą być albo zmiany w układzie nerwowym, albo w narządach jamy brzusznej. W chorobach układu nerwowego odruch powłok brzusznych może być jednostronnie lub obustronnie zniesiony, lub też osłabiony. Jednostronny brak odruchu spotykamy przy mózgowych lub rdzeniowych porażeniach połowiczych różnego pochodzenia; tak n. p. w udarze mózgowym już w czasie śpiączki (*coma*), a więc w czasie, gdy rozpoznanie, która strona uległa porażeniu, napotyka czasem na trudności, można dzięki znamiennemu zachowaniu się odruchu powłok brzusznych stronę porażoną łatwo rozpoznać. To jednostronne zniknięcie, lub też osłabnięcie odruchu jest objawem, nietylko bardzo wczesnym, ale także powstającym już przy słabych napadach udarowych i utrzymującym się długo nawet po ustąpieniu porażeń; z tego względu może on mieć znaczenie w praktyce lekarskiej, dotyczącej ubezpieczeń na życie. Jak wiadomo zniesienie, lub też osłabienie odruchu powłok idzie zwykle tutaj w parze ze wzmożeniem odruchu kolanowego po porażonej stronie. Obustronny brak odruchu jest wczesnym i ważnym objawem stwardnienia rozsianego (*sclerosis multiplex*), a w przypadkach wątpliwych, gdzie rozpoznanie waha się pomiędzy porażeniem rdzeniowem kurczowem (*paralysis spinalis spastica*), a stwardnieniem rozsianem, rozstrzyga na rzecz stwardnienia. Przeciwnie w wiądzie rdzenia odruch bywa utrzymany, a nawet często wzmożony z wyjątkiem późnych okresów wiądu i tych przypadków, w których skutkiem zwyrodnienia powrózków tylnych nastaje rozległe, zupełne znieczulenie powłok brzusznych.

Wszystkie ostro przebiegające zapalne, bolesne cierpienia jamy brzusznej, n. p. wszelkie napady kolki, mogą — jeżeli tylko przy nich nastają znaczne zmiany w napięciu powłok, a w szczególności kurczowe ich zapadanie się — znieść odruch brzuszny całkowicie lub częściowo. Przewlekłe natomiast, powoli rozwijające się cierpienia jamy brzusznej, przy których pojemność brzucha skutkiem gromadzenia się płynu stopniowo tylko wzrasta (gruźlica i rak otrzewnej, puchlina brzuszna przy wadach serca i nerek) — nie zmniejszają zazwyczaj odruchów. Miejscowe, ściśle ograniczone cierpienie jamy brzusznej, wywołujące tylko miejscową bolesność i napięcie powłok brzusznych, (n. p. zapalenie okołowyrostkowe, kamica żółciowa) wywołują także tem samem tylko częściowe, ograniczone do zajętej strony, zniesienie lub zmniejszenie odruchu. *Wilczyński.*

Prof. Lichtheim. **O torbielach móżdżku.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1905, 28). Torbiele móżdżku nie są wcale rzadkie, a spotyka się je zazwyczaj w wieku młodym. Są to albo 1) wypuklenia czwartej komory, albo 2) jakiekolwiek nowotwory z następowem dopiero tworzeniem się torbieli, albo 3) zwykłe surowicze torbiele, albo wreszcie 4) dawne ogniska krwotoczne i rozmiękczynowe. W klinice królewieckiej spostrzegał Lichtheim 2 przypadki, w których na podstawie objawów klinicznych rozpoznano guz móżdżku; gdy próbne nakłucie rozpoznawcze wykryło w głębi móżdżku płyn barwy bursztynowo-żółtej, krzepliwy, bogaty w białko, — przystąpiono do operacyi (Garrè), zakończonych pomyślnie. Lichtheim uważa próbne nakłucie móżdżku za bardzo ważny środek pomocniczy w rozpoznawaniu chorób móżdżku zarówno co do ich przyrody, jak i siedziby. Doszczętnego zabiegu chirurgicznego nie należy długo odwlekać, aby tarcza zastoinowa nie przeszła w zanik nerwu wzrokowego. *Wilczyński.*

Prof. Bollinger. **Tasiemiec eliptyczny** (*taenia cucumerina*) **u człowieka.** (*D. Archiv f. klin. Med.*, 1905, T. 84). Obok spotykanego najczęściej u ludzi tasiemca przewierconego (*taenia saginata*), samotnego (*t. solium*) i bróździogłowca (*botriocephalus latus*) zdarza się wyjątkowo w jelicie ludzkiem jeszcze i inny pokrewny pasorzyt — tasiemiec eliptyczny (*t. cucumerina s. elliptica = Dipylidium caninum*), którego właściwym gospodarzem jest pies i kot. U zwierząt tych spotyka się go zazwyczaj bardzo często (według statystyki Krabba w więcej niż połowie wszystkich zwierząt); niekiedy jelito cienkie dotkniętego zwierzęcia wypełnione bywa prawie samymi czerwiami, których ilość dochodzić może do kilkuset sztuk. Właściwy cykl rozwoju tasiemca eliptycznego jest następujący: Najstarsze, końcowe członki tasiemca odchodzą ze stolcem psa lub kota, przyczem pewna ich ilość przylepia się do sierści w okolicy odbytu; zawartemi w członach dojrzałemi jajami karmią się zamieszkujące w sierści pchły (ludzka i psia) i w ich wnętrzu przekształcają się jaja w bąblowce; podług Grassiego jama brzuszna pchły psiej zawiera czasem i 500 sztuk bąblowca tasiemca eliptycznego. Psy, liżąc się lub gryząc, połykają pchły, a razem z niemi wprowadzają do swego przewodu pokarmowego zarodki tasiemca; w jelicie psa tasiemiec dojrzewa bardzo szybko. Człowiek zakażać się może w rozmaity sposób, stykając się ciągle z psem; niewykluczonem jest także, że bardzo ruchliwe pchły, zawierające wągry, skacząc, dostają się n. p. do mleka i z niem połknięte zostają. Ogółem opisano dotychczas (ostatni Zschokke w Zentralbltt f. Bakteriologie, 1905) zaledwie 39 przypadków tasiemca eliptycznego u człowieka, z czego 31 przypada na dzieci, a 8 na dorosłych; tą przewaga dzieci tłómaczy się bliższem ich stykaniem się podczas zabawy z psami; być może, że na stolce u dzieci większą zwraca się uwagę; z drugiej strony u dorosłych niewątpliwie częściejby notowano obecność tasiemca eliptycznego, gdyby lekarze umieli dokładnie i ściśle odróżniać go od tasiemca samotnego (*t. solium*). Najmłodsze dziecko, u którego stwierdzono tasiemca eliptycznego, liczyło dni 40; fakt ten dziwić nie może wobec tego, że jaja tasiemca, dostawszy się do przewodu pokarmowego, nadzwyczaj prędko się rozwijają tak, że n. p. u szczeniąt miesięcznych spotykano już wyrosłe i płciowo dojrzałe tasiemce. Co się tyczy geograficznego rozmieszczenia tasiemca eliptycznego, to zależnie od kosmopolitycznego głównego swego gospodarza — psa, znajdowano go we wszystkich krajach Europy. Jak więc widzimy, pies, który w jelicie swojem ukrywać może tasiemca bąblowcowego (*taenia echinococcus*) i eliptycznego, jest dla człowieka i zwierząt domowych (bydło, owce, nierogacizna) podwójnie niebezpiecznym. *Wilczyński.*

B. Wagner. **O sporadycznym gnilcu** (*scorbutus*). (*Münchener med. Wochenschrift* 1904, Nr. 36 i 37). Autor opisuje dwa przypadki gnilca, dotyczące dwóch służących (lat 40 i 21), które prawie równocześnie zgłosiły się do kliniki w Rostoku. W obu przypadkach nie zdołano znaleźć przyczyny cierpienia, gdyż obie służące żyły w hygienicznych warunkach, dobrze się odżywiały i dlatego autor za przyczynę uważa zakażenie. Obie chore wysoko gorączkowały, u obu była znaczna liczba krwinek białych (75.000, i 31.000). Krwinki czerwone tylko w drugim przypadku były zmienione (poikilocytoza, mikrocyty). W obu przypadkach wielka bladość powłok i błon śluzowych. Badania bakteryologiczne krwi z wynikiem prawie ujemnym; — w drugim przypadku wyhodował się prątek, podobny do prątka okrężnicy. W obu przypadkach śmierć wskutek niedomogi serca. Wszelkie próby leczenia — stosowano także adrenalinę — bez skutku. Autor omawiając oba przypadki godzi się na zapatrywanie Littena (Nothnagel, T. VIII), że poszczególne postacie rumieni nie mają zasadniczych różnic, ale tylko stopniowe, co do nasilenia sprawy chorobowej. Autor nazwał swoje przypadki „sporadycznym gnilcem", bo jak wiadomo, gnilec zdarza się głównie epidemicznie lub endemicznie. *Stahr.*

Oswald Moritz. **Przypadek plamicy Werlhofa.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 36, 1905). Praca zawiera opis przypadku choroby Werlhofa, dotyczący 18-letniego praktykanta handlowego. Przypadek ten wyróżnia się tem, że wybroczyny podskórne miały skłonność do rozpadu. Na miejscu wszystkich wybroczyn potworzyły się wrzody, niesklonne do gojenia się (ziarniny). W miejscach uciskanych (łokcie, plecy, pośladki, biodra), powstały głębokie ubytki z rozpadu. Zgorzel gardła była punktem wyjścia posocznicy, która skończyła się śmiercią. Autor w końcu pracy omawia rozpoznanie różniczkowe rumienia krwotocznego i gnilca i dochodzi do wniosku, że to nie są różne postacie chorobowe, ale tylko odmiany tego samego cierpienia. *Stahr.*

Rosenberg. **Zakres trawienia białek w żołądku ludzkim w warunkach normalnych i chorobowych.** (*Zschft. für klin. Medicin*, 1095, LVI, 5 i 6). Badania ilościowe nad wytworami trawienia w żołądku zdrowym i chorym, z myślą, czy tych wyników nie możnaby użyć do celów rozpoznawczych, doprowadziły do następujących wyników: Ilość białka przechodzącego w roztwór jest w różnych sprawach chorobowych jednakowa, więc jako czynnik rozpoznawczy nieda się użyć. Przy braku soku żołądkowego n. p. tak jest znaczną, że autor przypuszcza działanie zastępcze pseudopepsyny lub działanie trawiące śluzu żołądkowego, które mu niektórzy przypisują.

Z badania wytworów trawienia, stojących poniżej albumoz, wynika, że żołądek nader szybko rozkłada białko na ciała, stojące już poniżej właściwych peptonów, a zatem przypuszczalnie kwasy di- i monoaminowe i to znowu zarówno żołądek prawidłowy, jak chorobowo zmieniony. W żołądku prawidłowym lub przy nieznacznych zmianach wydzielniczych ilość produktów, niżej albumoz stojących, należy od stopnia kwaśności, w innych sprawach chorobowych tej zależności nie zauważono. Jedyną wartością, mogącą być, zdaje się, użytą jako czynnik rozpoznawczy, jest znaczna ilość azotu resztkowego (niedającego się stracić kwasem fosforowolframowym) przy raku żołądka. Odczyn tryptofanowy (różowe zabarwienie po dodaniu kropli wody bromowej do zakwaszonej treści) niema znaczenia rozpoznawczego dla żadnej sprawy chorobowej. *Mostowski.*

Docent Gabritschowsky. **Swoiste leczenie gorączki powrotnej.** (*Zschft. f. klin. Medicin*, 1905, LVI. 1 i 2). W roku 1896 wykazał autor, że krew chorych na gorączkę powrotną działa w okresie bezgorączkowym zabójczo na krętki (*spirochaete Obermeyeri*) i że przez szczepienie konia lub psa krwią, zawierającą te krętki, można uzyskać surowicę, która wstrzykiwana ludziom w pierwszym okresie bezgorączkowym działa częściowo zapobiegawczo w tem znaczeniu, że znaczniejszy odsetek chorych nie ulega nawrotowi choroby, niż przy pozostawieniu choroby bez leczenia, a ewentualny, znacznie rzadziej występujący drugi napad skraca się, okres zaś bezgorączkowy przedłuża.

W roku 1903 powtarzał autor swe doświadczenia na 20 chorych z surowicą uodpornionego muła, z wynikiem bezwarunkowo dodatnim, gdyż przy stosowaniu swoistego leczenia napad nie powtórzył się w 5 prc., raz się powtórzył w 40 prc. przypadków — bez leczenia zaś niebyło nawrotu tylko w 27 prc., jeden nawrót był w 64 prc. przypadków. Obok stosowania swoistego leczenia starał się autor uodparniać swych chorych przed nawrotem, szczepiąc ich w okresie bezgorączkowym ich własną krwią, którą upuszczono poprzednio w czasie najwyższej gorączki i w której zabito krętki przez półgodzinne ogrzewanie surowicy do 58° C. Pewnych wyników autor nieotrzymał. *Mostowski.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Labhardt. **Uwagi nad biologicznemi teoryami drgawek porodowych.** (*Zeitschrift f. Geb. und Gyn.* T. LIV, Z. 2, 1905). Autor roztrząsa trzy biologiczne teorye drgawek porodowych: 1) Veita, który, opierając się na zdaniu Schmorla, iż komórki łożyskowe mogą dostać się do obiegu krwi matki i na zdaniu Ehrlicha, który stwierdził, iż dostanie się do krwi obcych komórek wywołuje przemiany chemiczne, twierdzi, iż pod wpływem nagłego dostania się komórek łożyskowych do krwi matki wytwarza się trucizna, której zbyt wielka ilość wywołuje drgawki porodowe; 2) Ascoliego, który twierdzi, iż obce komórki, dostawszy się do krwi matki, sprawiają tworzenie się nowego ciała zwanego lizyną, która ma za zadanie rozpuszczać obce komórki i zobojętniać ich trujące działanie; skoro więc dostaną się liczne komórki łożyskowe do obiegu krwi matki, wytwarza się nadmiar lizyny i ta wywołuje drgawki porodowe; 3) Weichhardta, który dowodzi, iż przy rozpuszczaniu się komórek łożyskowych powstaje t. zw. syncytyotoksyna, tę zobojętnia równocześnie wytworzona antytoksyna; w pewnych przypadkach antytoksyna się nie wytwarza i wówczas pod wpływem syncytyotoksyny powstają drgawki porodowe. Autor sądzi, iż każda teorya chorobowa, jeżeli ma być uznana za słuszną, powinna odpowiedzieć na trzy pytania, t. j. czy stoi w zgodzie ze zmianami anatomiczno-patologicznemi, jak również z biologicznymi i patologicznymi objawami; 2) czy stoi w zgodzie z objawami klinicznymi; 3) czy doświadczenia są identyczne z rzeczywistymi objawami. Otóż, zdaniem autora, żadna z wyżej wymienionych 3 teoryi na te pytania nie odpowiada. I tak, co do pytania pierwszego udowadnia autor, iż zazwyczaj niewiele komórek łożyskowych dostaje się do krwi matki, natomiast dostanie się znacznej ich ilości, n. p. przy ręcznych wyjęciach łożyska przy łożysku przodującem lub pęknięciu macicy bardzo często wcale nie wywołuje drgawek Co do teoryi Weichhardta, to dotąd nie wykryto ani toksyny, ani antytoksyny; gdyby zaś toksyna nawet rzeczywiście istniała, to dlaczegóż u jednych osobników antytoksyny się wytwarzają, u drugich zaś nie? Tej teoryi nie można porównać z chorobami, wywołanemi przez bakterye, gdzie ustrój w różny sposób i w różnym stopniu oddziaływa przeciw bakteryom. W chorobach tych same bakterye są nieprzyjacielem, przeciw któremu ustrój się broni, przy drgawkach porodowych natomiast nieprzyjaciela nie znamy, więc nie można też twierdzić, że ustrój zdolny jest z nim walczyć. Następnie dlaczego komórki łożyskowe miałyby mieć działanie trujące? Kosmki łożyskowe zawierają tkankę łączną, komórki naczyń, warstwę Langhansa i syncytyum. Nie wiemy, które z tych składników mają mieć to trujące działanie. Syncytyum nie może działać trująco, bo jeżeli ono pochodzi z tkanek matki, to własne komórki ustroju matczynego nie mogą na ten ustrój działać trująco; jeżeli zaś syncytyum należy do płodu, to im późniejsza ciąża, tem komórek tych jest mniej, częstość zaś drgawek porodowych przy późnych ciążach przeciwnie — zwiększa się. Czy zaś wogóle komórki łożyskowe są ustrojowi matki obce, to jeszcze pytanie, bo przecież kosmki są wytworem komórki jajowej matki i jako takie nie mogą mieć działania trującego. Trudno zaś przypuścić, iżby mały współudział nasienia pociągał za sobą tak znaczne trujące działanie; wreszcie nasienie bądźcobądź nie są to komórki rodzajowo różne, jeżeli zaś nie są obce, to nie mogą wywoływać tworzenia się lizyny. Dlaczego dalej nie zdarzają się drgawki porodowe u zwierząt, których łożysko podobne jest do ludzkiego? Przypadki t. zw. drgawek porodowych u suk nie są podobne do drgawek u ludzi, bo u suk powstają drgawki toniczno-kloniczne przy utrzymanej przytomności. Wreszcie według tej teoryi miałyby działać trująco oderwane komórki łożyskowe; nie mamy jednak żadnego dowodu, że komórki oderwane różnią się chemicznie od będących »*in situ*«. Chemiczne zmiany zależą od odżywienia tych komórek. Jeżeli są one odżywiane przez krew matki, otaczającą kosmki, to wszak po oderwaniu się nadal w niej pozostają. Jeżeli zaś są odżywiane przez krew płodu, to musiałyby wszystkie matki z płodami nieżywymi zapadać na drgawki porodowe, wówczas bowiem kosmki również nie byłyby odżywiane. Atoli drgawki porodowe nie zdarzają się częściej u matek z płodami nieżywymi, niż u matek, których płody żyją; co więcej, często drgawki porodowe ustępują, gdy płód umiera. Na pytanie drugie również w wielu punktach żadna z wymienionych trzech teoryi nie odpowiada. I tak: drgawki porodowe zdarzają się najczęściej u pierwiastek, chociaż według wspomnianych teoryi powinnyby pierwiastki mieć większą zdolność wytwarzania antytoksyn. Jeżeliby zaś przypisać mniejszą częstość drgawek porodowych u wieloródek zapasowi antytoksyn w ustroju, to dlaczegóż przypadki drgawek, zdarzające się u wieloródek, są zazwyczaj bardzo ostre, chociaż właśnie powinnyby być łagodniejsze. Następnie fakt, iż drgawki zdarzają się najczęściej przy miednicach ścieśnionych, nic przecież nie może mieć wspólnego z dostaniem się komórek łożyskowych do krwi matki lub z niedostatecznem wytworzeniem się antytoksyn. Żadna z tych teoryi nie zdoła też wytłómaczyć znanej zależności drgawek porodowych od zmian atmosferycznych. Wreszcie, jak wytłómaczyć pojawianie się drgawek w 14, 15, 24 dni, a nawet w 8 tygodni po porodzie, wówczas, gdy łożyska już niema i o zawleczeniu komórek łożyskowych do obiegu matczynego mowy być nie może? Dlaczegoż wreszcie nie powstają drgawki n. p. przy poronieniach trąbkowych, przy których tak znaczna ilość kosmków dostaje się do jamy brzusznej i ulega zmianom chemicznym. To właśnie świadczy, że ani łożysko, ani płód sam nie są wobec matki rodzajowo różne. Co do pytania trzeciego, to doświadczenia nie dały wyniku dodatniego. U zwierząt bowiem nie zdołano wywołać drgawek porodowych. Wprawdzie Weichhardt, który wstrzykiwał królikom zawiesinę z łożyska ludzkiego, a następnie surowicę tych zwierząt, zmieszaną z ludzką miazgą łożyskową, wstrzykiwał innym zwierzętom, wywołał w 3 na 9 przypadków zatrucie tych zwierząt przez wytworzoną syncytyotoksynę ze zmianami anatomiczno-patologicznemi i z klinicznymi objawami drgawek porodowych; ale też wstrzykiwania takiej mieszaniny nie można porównać z zawleczeniem komórek łożyskowych do krwi matki. Po pierwsze 5—6 wstrzyknięć nie da się porównać z ilością zawleczonych komórek u kobiety, gdyż taka stosunkowo ilość zawsze wywołałaby u kobiety zatory; po drugie jakość wstrzykniętej mieszaniny różni się swym składem, a przytem mieszanina taka jest dla królika zupełnie rodzajowo różna. Że na to królik oddziaływa, to z tego nie wynika jeszcze, by w podobny sposób musiał i człowiek oddziaływać. Wreszcie przygotowanie całej mieszaniny musi wywoływać różne zmiany chemiczne; natomiast zawleczone komórki dostają się zupełnie nienaruszone do krwi matki. Następnie fakt, iż po wstrzyknięciu królikom łożyska króliczego zamiast ludzkiego żadnych objawów chorobowych nie było, świadczy, że komórki łożyskowe tego samego zwierzęcia nie są dla niego trujące. Na podstawie tych i wielu innych jeszcze krytycznych poglądów na biologiczne teorye drgawek porodowych, dochodzi autor do przekonania, że teorye te wcale nie tłómaczą powstawania drgawek porodowych. *Dr. Gustaw Wierzbicki.*

C. Heller. **Samozatrucie jelitowe po cięciu brzusznem.** (*Zeitschrift f. Geb. und Gyn.* Tom LV). W 2 do 3 dni po operacyi rozwijają się czasem objawy, przypominające niedrożność jelit, jak: wzdęcie brzucha bez bolesności, zaparcie stolca, wymioty, przyspieszone i osłabione tętno, ciepłota podwyższona lub obniżona poniżej poziomu prawidłowego. Stan taki trwa 4—10 dni, a w przypadkach, kończących się śmiercią, sekcya nie stwierdza ani zakażenia ogólnego zapalenia otrzewnej, ani żadnej przeszkody w drożności jelit; jelita cienkie bywają ogromnie rozdęte i napełnione cieczą kałową. Autor uważa za przyczynę tego stanu porażenie jelit, a zatrucie produktami gnilnymi za przyczynę śmierci. Jakie mogą być powody tego porażenia? Ochłodzenie, obeschnięcie, może nieznaczne uszkodzenie jelit przez ucisk, zmiana warunków ciśnienia i krążenia w wyjętej części jelit, nawał przy wysokiem ułożeniu miednicy (Trendelenburg) podczas operacyi dają podstawę do przyjęcia samoistnego porażenia jelit, gdyż w wielu przypadkach badania bakteryologiczne otrzewnej, jakoteż samej rany i jej otoczenia wypadły zupełnie ujemnie, a przypuszczenie, że drobnoustroje mogły się dostać przez ścianę jelita, odpiera brak jakiegokolwiek odczynu. Za powód zatrucia ustroju produktami gnilnymi przyjmuje autor także upośledzenie działania narządów, które usuwają lub przetwarzają substancye trujące: w pierwszej linii wątroby. Ilość glikogenu może być już przed operacyą zmniejszona, konieczna po operacyi dyeta nie przyczynia się do zwiększenia jej, a wreszcie uśpienie chloro-

formowe podczas operacyi oddziaływa szkodliwie na czynności wątroby. Autor opisuje dwa przypadki takiego samoistnego porażenia jelit, wyleczone po 6 dniach zupełnie przy leczeniu nastojem senesowym 12·5: 100 i lewatywami, które jednakowoż w takich przypadkach działają z powodu niedowładu jelit słabo i niepewnie.

Dr. Gustaw Wierzbicki.

Prof. W. Stoeckel. **Dalszy przyczynek w sprawie cieczenia macicznego u ciężarnych.** (*Hydrorrhoea uteri amnialis*) (*Zeitschrift für Geb. und Gyn.* T. LIV, Z. 3, 1905). Autor wspominając pokrótce, na czem polegają dwa kliniczne obrazy cieczenia macicznego ciężarnych t. j, *hydrorrhoea decidualis*, będąca następstwem zmian zapalnych w błonie śluzowej macicy ze wzmożonem wydzielaniem z gruczołów i *hydrorrhoea amnialis*, będąca następstwem pęknięcia pęcherza płodowego, omawia dokładnie tylko *hydrorrhoea amnialis*. W przypadkach tych mniej więcej w III. miesiącu ciąży lub wogóle w pierwszej połowie ciąży pęka pęcherz płodowy, odpływają wody, błony płodowe ześlizgują się poza płód, tak, że płód rozwija się w takich warunkach przez szereg miesięcy aż do prawidłowego lub przedwczesnego końca ciąży. Przypadki te opisują autorowie francuscy, jak Bar, Maygrier, Dubrisay, Glaize, Bonnaire, Perret, nazywając takie przypadki ciąży »*grossesse extramembraneuse*«. Autor spostrzegał 2 takie przypadki. W jednym u wieloródki w III. miesiącu ciąży odeszło przy skoku nagle dość dużo wód żółtawych, poczem z krótkiemi przerwami wody wciąż odchodziły. Mimoto ciąża trwała dalej. W VI. miesiącu nastąpiło silne krwawienie po spółkowaniu, które powtórzyło się z końcem VII. miesiąca. Z powodu znacznej utraty krwi przyspieszono poród przy pomocy balonu. Objawy kliniczne mało różnią się od *hydrorrhoea decid.* Jedyną główną różnicą jest to, że przy *hydr. decid.* nigdy niema tak silnych krwawień, powtóre różnicę stanowi wybitne pomniejszenie się objętości macicy po odpływie wód płodowych, a wreszcie różnicę mógłby wykryć badanie chemiczne wód, które jednakowoż jest trudne z powodu nieuniknionych w tych przypadkach zanieczyszczeń. Natomiast po porodzie różnicę można stanowczo stwierdzić. I tak, przy *hydrorrhoea amnialis* wielkość jamy, objętej pęcherzem płodowym, jest niestosunkowo małą w porównaniu do wielkości płodu, następnie brzegi otworu po pęknięciu są gładkie, nieco zgrubiałe, wreszcie oddzielenie owodni od kosmówki jest niemożliwe z powodu zbyt ścisłego związku. Wreszcie elastyczność błon jest znacznie zmniejszona. Te cechy, świadczące o wstecznej sprawie w pękniętym przedwcześnie pęcherzu w połączeniu z klinicznymi objawami, jak odejściem wód w ciąży, wybitną małością macicy, brakiem pęknięcia pęcherza przy porodzie, pozwalają stanowczo twierdzić, iż jest to *hydrorrhoea amnialis*. Powody, wywołujące pęknięcie błon płodowych, mogą być rozmaite. Najprawdopodobniejszem jest zbyt wielkie napięcie pęcherza płodowego przy stosunkowo zbyt dużej ilości wód płodowych. Pojawienie się krwotoku stoi też w związku z pęknięciem pęcherza. W przypadku, opisanym przez autora, odklejony dość duży płat łożyska zwisał ku jamie płodowej. Prawdopodobnie przy pierwszym krwotoku odkleiła się część łożyska, a na brzegu jego nastąpiło pęknięcie pęcherza. Czasem jednakowoż naprzód odpływają wody, a potem powstaje krwotok. Holzapfel przypuszcza, iż zmiany zapalne doczesnej są przyczyną *hydr. amn.* Byłaby to więc kombinacya *hydrorrhoea decid. i amnialis*. Twierdzenie to jednak jest niepewne, gdyż zmiany zapalne mogą dopiero następczo pojawić się wskutek połączenia jamy macicy z pochwą po odpływie wód płodowych. Jeżeli jednakowoż znajdziemy po porodzie wybitne łożysko obrzeżone (*placenta circumvallata*), będące wynikiem zmian zapalnych, to wówczas z wielkiem prawdopodobieństwem przypuścić trzeba łączność tych zmian z *hydrorrhoea amnialis*. Prawdopodobnem jednakowoż jest, że *hydr. amn.* wywołuje więcej czynników, które dopiero powoli badać należy. Co do rokowania, to dla matki *hydr. amn.* jest o tyle niebezpieczne, o ile powstają zbyt silne krwotoki. Zakażenia obawiać się nie trzeba. Dla dziecka natomiast rokowanie jest złe. W całym szeregu przypadków zaledwo 4 dzieci udało się utrzymać przy życiu. Leczenie polega na unikaniu wszelkich podrażnień, wywołujących bóle porodowe. Makowiec odgrywa tu dość zbawienną rolę. Drugi spostrzegany przez autora przypadek przebiegał zupełnie podobnie do pierwszego, jednakowoż zmian pęcherza płodowego nie można było stwierdzić z powodu zbyt silnego poszarpania błon podczas ręcznego wydobycia łożyska. Autor, podając swoje uwagi co do etyologii *hydrorrhoea amnialis*, przypuszcza, iż dla zupełnego wyjaśnienia tej sprawy dużo jeszcze należy badać przypadków i bardzo być może, że wreszcie badanie wykaże, iż jedynym powodem *hydrorrhoea amnialis* są zmiany w doczesnej. *Dr. Gustaw Wierzbicki.*

W. Orłowski. **Zapalenie miedniczek nerkowych podczas ciąży.** (*Ginekologia* 1905, Nr. 4). O. przytacza 3 własne przypadki, dwa w VII. a jeden w VI. miesiący ciąży; wszystkie z zajęciem miedniczki prawej. Przyczyna choroby niejasna. Objawy typowe: bóle w okolicy nerkowej, duże wahania ciepłoty, dochodzącej do 40°, zmniejszenie się ilości moczu, wysoki ciężar gatunkowy moczu, obecność w nim ciałek ropnych i śluzu (krwinki czerwone i białkomocz nie są objawami stałymi), niekiedy wytworzenie się guza bolesnego wskutek rozszerzenia się miedniczki, czemu towarzyszą objawy żołądkowe i jelitowe. Po kilku dniach ciepłota spada, nastaje polyurya (do 5500 gramów), a ciężar gatunkowy obniża się. W piśmiennictwie zebrał O. 70 przypadków, sądzi jednak, że cierpienie to nie jest tak rzadkie, lecz w lżejszych postaciach bywa łatwo przeoczone. U ciężarnych często zdarza się ucisk moczowodów, szczególnie prawego, wskutek przechylenia macicy ku tej stronie. Mocz pozostaje w moczowodach pod ciśnieniem nizkiem, nie przekraczającem 10 mm. Utrudnienie odpływu moczu wywołuje rozszerzenie dróg moczowych i zmiany w nerkach, ułatwiające także rozwój drobnoustrojów i powstanie zapalenia, jak o tem świadczą liczne doświadczenia z podwiązaniem lub zwężeniem jednego moczowodu. Zakażenie miedniczek odbywa się wyjątkowo drogą naczyń chłonnych; częściej jest to zakażenie wstępujące wskutek stwierdzonej w pewnych warunkach fali wstecznej moczu z pęcherza do moczowodu, lub też z przewodu pokarmowego drogą naczyń krwionośnych. U wieloródek cierpienie to spostrzegano częściej, co się tłómaczy przebytemi chorobami narządów płciowych. Przebieg choroby rzadko tylko bywa przewlekły. Zapalenie miedniczki nerkowej pozwala dobrze rokować, o ile można wykluczyć równoczesne zapalenie nerki. Co do sposobu leczenia różnią się autorowie. Jedni polecają natychmiastowe przerwanie ciąży, Navas woli wykonać nefrotomię, inni wreszcie, a do tych i O. się zalicza, zajmują stanowisko wyczekujące. O. poleca ułożenie na boku zdrowym, z nieco uniesionymi pośladkami (dla zmniejszenia ucisku macicy), ogrzewanie chorej okolicy, dyetę lekką, wody alkaliczne, środki odurzające. Albarran radzi nagło rozszerzenie pęcherza 200—300 gramami płynu, (co dobrze wpłynąć może albo przez przemieszczenie macicy, lub też przez wpływ odruchowy na miedniczki nerkowe), a w razie wyniku ujemnego cewnikowanie moczowodów i przepłukiwanie kwasem borowym, nadmanganianem potasowym lub azotanem srebra.

B. Wojciechowski.

A. Czyżewicz (junior). **Kilka uwag w sprawie leczenia drgawek porodowych.** (*Ginekologia* 1905, Nr. 3, 4). Statystyka lwowskiej szkoły położnych, obejmująca 33 lat, w którym to okresie na 25.567 osób przyjęto 85 przypadków (0·33 prc.) drgawek porodowych. Stosownie do panujących w danej chwili pojęć w nauce, stosowano bardzo rozmaite leczenie. W pierwszym okresie (do 73. przyp.) walczono z objawami choroby rozwiniętej, bez względu na zachowanie się czynności porodowej, a jeżeli wkraczano czynnie, to dlatego, że istniały wskazania i warunki, uznane także przy każdym innym porodzie, nie powikłanym drgawkami. W okresie drugim (od przyp. 74) panowała zasada, aby po stwierdzeniu napadu natychmiast matkę rozwiązać, bez względu na stopień istniejących trudności. Śmiertelność w I. okresie 30·14 prc. spadła w okresie II. na 0. Być jednak może, że w II. okresie nawinął się szereg lekkich przypadków. Stosownie do okresu i warunków porodu stosowano przy główce przerzynającej się episiotomię, w II-gim okresie i z końcem I-go kleszcze lub obrót i wydobycie płodu, przy ujściu nierozwartem rozszerzenie narzędziem Bossiego, które nawet u ciężarnej pierwiastki pozwalało na rozszerzenie szyi w ciągu 30—40 minut i nie wywołało nigdy zbyt daleko idących pęknięć. Operacye cięższe wykonywano zawsze w chloroformie. Po wydaleniu płodu, tego źródła zatrucia, dążono do szybkiego wydalenia jadu z ustroju matki i zobojętnienia go. Stosowano więc środki moczopędne, napotne, przeczyszczające, upust krwi, zawijania w koce, ogrzewanie ciała, pilokarpinę, (którą w końcu zarzucono), wlewania roczynu fizyologicznego, w razie możności połykania podawano dużo płynów przez usta. Na wielką skalę stosowany dawniej chloroform zarzucono dziś zupełnie, natomiast morfinę i chloral stosuje się dotąd, aczkolwiek w znacznie mniejszych, niż dawniej, dawkach.

B. Wojciechowski.

G. Pisarzowski. **O znieczuleniu skopolaminowo-morfinowem.** (*Ginekologia* 1905, Nr. 4). G. wstrzykiwał u 3 rodzących mięszankę z 0·003 *scopolamini hydrobrom. Merck* i 0·007 *morphii muriat*. Wrażliwość pomiędzy bólami ustawała, bóle występowały rzadziej, przytem były może mniej silne, lecz trwały dłużej. Działanie trwało do 2 godzin. W jednym przypadku stwierdzono, że chora po wstrzyknięciu skopolaminy usnęła już po nadzwyczaj małej dawce chloroformu. *B. Wojciechowski.*

J. Neumann. **Cięcie cesarskie w klinice Schauty.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 29). W ciągu ostatnich 20 lat 175 przypadków. Operowano z powodu ścieśnienia miednicy bezwzględnego 47, względnego 111 razy, z powodu zwężenia dróg miękkich 6,

z powodu guzów przydatków i miednicy 4, drgawek porodowych 5, *endometritis sub partu* 2 razy. Technika bardzo różna, stosownie do przypadku. W 141 przypadkach zachowano zdolność rozrodczą, w 15 przypadkach wykonano operacyę Porro, raz wycięto całą macicę od strony brzucha, 18 razy zapobieżono rozmaitymi sposobami dalszym ciążom. Cięcie poprowadzono 141 razy podłużnie przez dno (zrosty), 31 razy poprzecznie przez dno. Operowano 160 razy po raz pierwszy, 15 razy po raz drugi. Śmiertelność bezwzględna 8 prc., zredukowana 4·7 prc. 111 przypadków cięcia ces. z powodu względnego ścieśnienia miednicy dały tylko 2 prc. śmiertelności. Urodzono 165 dzieci żywych, 4 nieżywych (przy ścieśnieniu bezwzględnem) i jedno omdlałe, które zmarło po ½ godziny (również przy ścieśnieniu bezwzględnem). *B. Wojciechowski.*

A. Mueller. **Cięcie cesarskie zachowawcze przy bębnicy macicy.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 29). M. wykonał powyższą operacyę u karliczki z bezwzględnie ścieśnioną krzywiczą miednicą, a to nie dlatego, by chciał wbrew ogólnie przyjętym zasadom postąpić, lecz że chora, przeznaczona oddawna do cięcia cesarskiego, zgłosiła się dopiero wśród silnych bólów partych i podawała mylnie, jakoby przed paru godzinami stwierdził inny położnik ruchy. W wielkim pośpiechu nie zbadał M. rodzącej bezpośrednio przed operacyą. Błony były zielone, płód zmacerowany. Ponieważ udało się atoli uniknąć zetknięcia się treści macicy z powłokami i otrzewną, wytarł M. energicznie wnętrze jamy macicznej wyskokiem, przeprowadził seton, napojony wyskokiem, z jamy macicy do pochwy, wytarł zewnętrzną ścianę macicy wyskokiem, zeszył ścianę macicy, a szyjąc powłoki, stworzył kieszonkę otrzewną dokoła linii szwów macicznych, przyszywając otrzewnę ścienną do dna macicy i po bokach. Od tej kieszonki przeprowadził seton do dolnego kąta rany. Powłoki zeszył 3 piątrami grubego katgutu. W 3. dniu połogu 38·2, potem cuchnące odchody, lecz po wyjęciu setonów i przestrzykaniu macicy formaliną przebieg dalszy był pomyślny. *B. Wojciechowski.*

Laubenburg. **W sprawie skrobania macicy.** (*Zentr. f. Gynaekologie* 1905, Nr. 26). Aby ułatwić wyskrobanie dna i rogów macicy obmyślił L. łyżeczkę, której ostrze ustawione jest prostopadle (nie skośnie) do kierunku rączki. Małe okienko łyżeczki i poniżej umieszczona szeroka rynienka mają zapobiegać owinięciu się strzępów tkanki około ostrza, przez co unika się kilkakrotnego wyjmowania narzędzia podczas skrobania. Do wydobycia resztek po poronieniu służy łyżeczka tegoż samego kształtu, oczywiście z brzegami stępionymi. *B. Wojciechowski.*

PEDYATRYA. Mogilnicki. **Błonica w przebiegu płonicy.** (*Czasopismo lekarskie*, Z. 4, 1905). Rozprawa autora dotyczy powikłań płonicy nalotami błoniczymi, będącymi wyrazem równoległego zakażenia płonicy zarazkiem błonicy nie paciorkowcowej, lecz prątkiem Löfflera. Przytoczywszy dość obszerne piśmiennictwo tego przedmiotu, daje autor wskazówki, jak należy postępować, by bakteryologicznie sprawa została bezwzględnie wyjaśnioną; kładzie on tem większy nacisk na konieczność pewnego rozpoznania, że chorych tych należy oddzielić od chorych na płonicę, nie powikłaną błonicą Löfflera; w tych zaś przypadkach, w których istnieje podejrzenie, a badanie drobnowidowe dla jakichkolwiek powodów nie może być przeprowadzone, należy bezwzględnie wstrzyknąć surowicę przeciwbłoniczą. Do cech klinicznych błonicy, przebiegającej równolegle z płonicą, autor zalicza: charakterystyczny nalot w połyku, obrzmienie gruczołów szyjnych, głównie podszczękowych, gryzący wyciek z nosa, przelotny białkomocz i objawy zwężenia krtani. W końcu doradza autor, ażeby dzieci, przynoszone do szpitala jako chore na płonicę, były zbadane drobnowidowo przed wyznaczeniem im sali, a to w celu nie narażania chorych na płonicę, którzy nie ulegli powikłaniu tej choroby błonicą Löfflera. *Hekim.*

Hüsler. **Przyczynki do nauki o nowotworach pęcherza moczowego w wieku dziecięcym.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* tom 62, sierpień, 1905). Autor podaje dwa własne przypadki z dokładnym opisem przebiegu klinicznego, badania anatomiczno-patologicznego i histologicznego. Z piśmiennictwa przytacza zestawienie Steinmetza 32 przypadków i 12 zebranych przez siebie spostrzeżeń. Na podstawie 14 nowych przypadków dochodzi do następujących wniosków, zgodnych w zasadzie z wnioskami Steinmetza: Co do przyrody nowotworów, to najczęściej zdarzają się różne mięsaki, zresztą zaś nowotwory łagodne: włókniaki, włókniako-gruczolaki, śluzaki, brodawczaki, mięśniaki prążkowano-komórkowe i t. d. Ulubionem miejscem wyjścia jest okolica szyjki pęcherza, trójkąt Lieutauda. Obraz kliniczny jest stosunkowo wcale znamienny, różni się jednak od obrazu klinicznego u dorosłych. Bez objawów zwiastunowych pojawiają się u dziecka, przedtem pozornie zupełnie zdrowego, dolegliwości przy moczeniu w postaci parcia na mocz, powoli wzmagającego się, lub odrazu występującego gwałtownie. Często choroba rozpoczyna się ciągłem cieczeniem moczu, lub niemożnością jego zatrzymania, lub też częściowem lub zupełnem zatrzymaniem moczu: wszystko t. zw. racyonalne objawy kamienia pęcherzowego. Pojemność pęcherza jest w stosunku do jego rozmiarów mała. Mocz zawiera białko, ropę, nabłonki pęcherzowe, śluz. Towarzyszą cierpieniu zawsze bóle różnego natężenia, pojawiające się często napadowo i rozpromieniające się u chłopców często do żołędzi; stąd częste pociąganie za prącie. Ważnem jest pojawienie się krwawień. Jednakże u dzieci w przeciwieństwie do tego, co się spostrzega u dorosłych, mocz krwawy pojawia się tylko wyjątkowo. Niekiedy pojawiają się w moczu cząstki nowotworu, lub też można przy napieraniu na mocz dostrzedz wypustki nowotworu jako czerwonawe, mięsiste twory u wyjścia cewki moczowej (u dziewcząt). Przy użyciu zgłębnika natrafia się w okolicy szyjki pęcherza na opór, łatwo dający się przezwyciężyć, gdyż nowotwory są z reguły szypułkowo. Po zgłębnikowaniu może nastąpić poprawa skutkiem odsunięcia nowotworu od wejścia do cewki, nie trwa ona jednak długo. Początkowy okres, w którym brak objawów, tłómaczy się także tem, że objawy wtedy powstają dopiero, gdy nowotwór zaczyna częściowo lub całkowicie zamykać cewkę moczową. Co do rozpoznania, trzeba zawsze przy objawach kamienia pęcherzowego pamiętać o możliwości nowotworu i w tym kierunku badać. Obmacanie przez odbytnicę, u dziewcząt także przez pochwę często niestety nie daje pewnych wyników, a cystoskopia u dzieci zwykle jest niemożebną. Rozpoznanie wczesne byłoby bardzo ważne, gdyż jedyne skuteczne leczenie polega na wykonaniu zabiegu chirurgicznego; wysokie cięcie pęcherza jest jednak bardzo trudnem. Otrzymanie krótkiego dźwięku zgłębnikiem nie rozstrzyga na korzyść kamienia, bo powierzchnia nowotworu może być inkrustowaną. Przebieg po pojawieniu się pierwszych objawów jest bardzo szybki, i to bez względu na przyrodę nowotworu. Śmierć następuje w przeciągu najwyżej paru tygodni, najczęściej skutkiem powikłań: zapalenia pęcherza, nerek, mocznicy, posocznicy, przypadkowych zmian w narządzie oddechowym lub sercu, charłactwa. W paru przypadkach udało się uratować życie chorego zapomocą operacyi. *Lewkowicz.*

Finkelstein. **Mleko krowie przyczyną ostrych zaburzeń odżywienia u osesków.** (*Monatschrift f. Kinderheilk.* B. XIV. Nr. 2, 1905). Że mleko krowie nie zastępuje należycie pokarmu matki i że w znacznej części przypadków żywienie niem wiedzie — mimo, że przeprowadzone bez zarzutu — do rozlicznych chorób przewlekłych przewodu pokarmowego i następowych zboczeń w odżywieniu dziecka, jest rzeczą zbyt dobrze wiadomą. Na inny jednak rodzaj zaburzeń zwraca autor uwagę, na mało dotąd uwzględniane zaburzenie ostre, mające jakby cechę zatrucia. Przed opisem swoich spostrzeżeń wspomina F. o stwierdzonem pojawianiu się leukocytozy u niemowląt, zmieniających pokarm matki na mleko krowie (Moro), dalej o spostrzeganiu znaczniejszych wahań ciepłoty w różnych porach dnia u takich niemowląt (Weil i Tiberius). Autor przytacza kilka historyi chorób, dołączając krzywe ciepłoty i wagi ciała. Widać z nich, że nie już dłuższe karmienie sztuczne, lecz jednorazowa mała dawka (2 razy po 5 kropli) mleka krowiego wywoływała u dziecka, karmionego dotąd piersią, cały szereg zaburzeń: wymioty, biegunkę, podniesienie się ciepłoty ciała, szybsze, drobniejsze tętno, niepokój, znaczne osłabienie. Także objawy podrażnienia nerek miały rzekomo tu swoją przyczynę. Na uwagę zasługuje przypadek, w którym zejście śmiertelne uważa autor za bezpośredni skutek podania mleka krowiego. Było to dziecko kilkotygodniowe, u którego próby zastąpienia mleka matki mlekiem krowiem wywoływały groźne objawy choleryczne; wśród nich śmierć. Sekcya wykazała prócz małego stopnia »*enterocolitis*« stłuszczenie wątroby, przyćmienie istoty korowej nerek i lekki obrzęk płuc. Ze spostrzeżeń tych wysnuwa F. wniosek, że w każdym przypadku „odłączania" dziecka od piersi należy być bardzo ostrożnym, przeprowadzać je systematycznie, gdyż u żadnego z osesków nie można z góry wyłączyć owego, jakoby indywidualnego wstrętu do mleka krów. Rozważając powyższe zjawiska, F. nie przyłącza się do zdania (Hamburger, Moro i Schlossman), jakoby należało szukać dla nich wyjaśnienia w trującem działaniu obcego gatunkowo białka. Raczej przypuszcza, że mamy do czynienia z drobnoustrojami przewodu pokarmowego, w stosunkach prawidłowych (u osesków przy piersi) „drzemiącymi", a obudzonymi do życia wskutek dostania się do ustroju czynnika obcego (mleka krowiego). *A. Gettlich.*

Hohlfeld. **O mleku surowem, jako pożywieniu dla osesków.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* T. 62, lipiec, 1905). Autor przedsięwziął to doświadczenia, zachęcony dobrymi wynikami Monrada. Rozpoczął, ze względu na możliwe niebezpieczeństwa, trzema przypadkami zaniku osesków, prawie zupełnie beznadziejnymi. Wynik był nadspodziewanie korzystny. Podobnie dodatnie wyniki otrzymał

także w innych przypadkach. Być może, że w przyszłości okaże się, iż tylko w niektórych przypadkach można mlekiem surowem osiągnąć poprawę, w każdym jednak razie z doświadczeń autora wynika wskazanie, by podjąć próby z mlekiem surowem w każdym przypadku, gdy dziecko jest skazane na żywienie sztuczne, a przy niem dobrze się nie rozwija. Trudności polegają tu jednak na dostarczeniu mleka surowego bez zarzutu i uchronieniu go od zepsucia. U dzieci żywionych mlekiem gotowanem zdarzają się wymioty, które ustępują tylko wtedy, jeżeli się mleko odstawi, lub podaje je jako surowe. *Lewkowicz.*

Risel. **Zachorowania na odrę po płonicy.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* T. 62, lipiec, 1905). Wnioski autora są następujące: Zakażenie odrą może nastąpić w każdym okresie płonicy. Osutka odrowa, występująca po płonicy, ma wielką skłonność do przebiegu nietypowego. Odosobnione nietypowe plamki zjawiają się w wielu przypadkach wcześnie, pełna jednak wysypka niekiedy bardzo późno. Rozpoznanie wczesne może być bardzo trudne; ważnym objawem rozpoznawczym są plamki Koplika. Krzywa ciepłoty odry nie zmienia się pod wpływem poprzedzającej płonicy, przeciwnie przejście płonicy w stan bezgorączkowy, jeżeli przypada na okres wylęgania się odry, ulega opóźnieniu. Odra następowa jest ciężkiem powikłaniem, a śmiertelność tych przypadków jest znaczna i wynosi 20 prc. *Lewkowicz.*

Gillard. **Epidemia odry o typie żołądkowo-kiszkowym.** (*Pediatrie pratique* 1905, Nr. 10). Epidemia odry, opisana przez autora, miała niezwykłe cechy wskutek przewagi objawów ze strony przewodu pokarmowego. Z 25 przypadków, w 18-tu towarzyszyła chorobie gwałtowna biegunka o wypróżnieniach zielonych i bardzo cuchnących; w ośmiu przypadkach biegunka ta była połączona z żółciowemi wymiotami. Objawy te występowały najczęściej w 1—2 dni po pojawieniu się wysypki, w kilku przypadkach później, około 8—10 dnia. Większość przypadków miała łagodny przebieg, natomiast 4 zakończyły się śmiercią wśród gwałtownych objawów kiszkowych, lub z powodu powikłania zapaleniem płuc. *Żeleński.*

Marfan i Le Play. **Badania nad patogenezą posurowiczych przypadłości.** (*Revue des mal. de l'enf.*, 1905, maj). Według Hamburgera i Moro w razie przypadłości seroterapeutycznych można zawsze stwierdzić we krwi dziecka obecność precypityn, dających strąty z surowicą końską. Autorowie na podstawie badań kontrolnych dochodzą do następujących wniosków: W przypadkach, w których wstrzyknięcie surowicy przeciwbłoniczej nie wywołało żadnych przypadów, nie można stwierdzić precypityn. Także w przypadkach o przypadach, które obecnie klinicznie nie są uznawane za posurowicze, n. p. po rumieniach płonicowatych lub odrowatych ogólnych gorączkowych, niema precypityn. Jeżeli po wstrzyknięciu występują przypadłości, niewątpliwie posurowicze, n. p. pokrzywka, rumienie miejscowe przelotne, bole w stawach lub mięśniach, wtedy należy odróżnić dwa rodzaje przypadków. Albo przypady są lekkie, przelotne, bezgorączkowe, nie stwierdza się wtedy strącania surowiczego, (być może jednak jedynie tylko dlatego, że sposoby badania są zbyt grube), albo chodzi o przypady gwałtowniejsze, ogólne, gorączkowe. Wtedy stwierdza się precypityny zwykle równocześnie z chwilą pojawienia się przypadów. Wstrzykiwania surowicy przeciwbłoniczej, powtarzane w różnych odstępach, nie wywołują u człowieka podobnego odczynu zapalnego miejscowego, jak go spostrzegał Arthus u królika przy powtarzaniu wstrzykiwań surowicy końskiej, chyba że przy pierwotnem wstrzyknięciu były przypady ogólne gorączkowe, połączone z wytworzeniem się precypityn. Wtedy może się wytworzyć przed upływem doby w miejscu wstrzyknięcia rozległy obrzęk z bolesnością, podniesieniem ciepłoty, zaczerwienieniem, niekiedy podbiegnięciem krwawem i zajęciem odpowiednich gruczołów chłonnych. Obrzęk ulega wessaniu w ciągu paru dni. Zależy on widocznie od strącenia natychmiastowego surowicy w oczkach tkanki podskórnej. Gdy on się wytwarza, nie powstają nigdy ogólne wysypki, ani przypady posurowicze. Wyjątkowo po wielokrotnem wstrzykiwaniu, bez wytworzenia krążących precypityn można spostrzegać powstanie takiego obrzęku: trzeba wtedy przyjąć wytwarzanie miejscowe precypityn.

Pewne zatrucia pokarmowe możnaby w sposób analogiczny tłómaczyć, jak powstanie przypadów posurowiczych, mianowicie wessaniem pewnych istot bez przeprowadzenia ich z różnogatunkowych w równogatunkowe, odbywającego się w warunkach prawidłowych w przewodzie pokarmowym. Tak tłómaczyłoby się pojawienie się pokrzywki u pewnych osób po spożyciu poziomek, raków (Mya). *Lewkowicz.*

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Fibrolizyną, nowym związkiem tiosinaminu, równie jak tamten posiadającym własność rozluźniania blizn, zajmował się Mendel (*Ther. Monatsh.*, 1905, IV) i doszedł do wniosku, że lek ten najlepiej jest wstrzykiwać w mięśnie, przyczem działa on lepiej, niż po wstrzyknięciu podskórnem, a niewiele słabiej, niż po wstrzyknięciu do żył. Wstrzykiwanie w mięśnie nie jest zgoła bolesne, a łatwiejsze, niż wśródżylne. Dawka pojedyncza, zawarta w jednej ampulce, odpowiada 0,2 tiosinaminu. Hirschland (*Arch. f. Ohrenhk.* 1905, Z. 2, 3) stosował oba te środki w szeregu przypadków otologicznych i rynologicznych. Przedewszystkiem zaś próbował ich H. w głuchocie rozmaitego pochodzenia; nie mając jednak ścisłych wskazań do takiego leczenia, w wielu przypadkach skutku żadnego nie uzyskał. Za nienadające się do leczenia tymi środkami uważać należy głuchotę z powodu zmian w błędniku i głuchotę u osób starych, dotkniętych miażdżycą, u których przypuszczać można znaczne zwapnienia. W innych natomiast przypadkach można jeszcze spodziewać się skutku, a w każdym razie należy próbować leczenia fibrolizyną wobec tego, że inne środki są niemal bezskuteczne. *M.*

Lygosin-natrium zaleca Ferrua (*Therapist.* 1905. Styczeń-Luty) do leczenia wiewióra u kobiet. Przytoczywszy szczegółowo 10 historyi chorob, kończy F. swą pracę następującemi wnioskami: 1) Wczesne wykrycie dwoinek wiewiórowych dozwala zapobiedz zakażeniu szyjki i wnętrza macicy. 2) Przypadki zaniedbane można nawet po miesiącach wyleczyć wstrzykiwaniami lygosin-natrium do pochwy i macicy, tylko leczenie trwa wtedy dłużej. 3) Lek ten ułatwia cofanie się zmian chorobowych w tkankach pochwy i macicy i 4) zmniejsza odrazu wypływ ropny, oraz ilość gonokoków. 5) Lygosin-natrium jest niedrażniącym środkiem zastępczym za azotan srebrowy, protargol i t. p. 6) W przewlekłem zapaleniu błony śluzowej macicy zapobiega lek ten potrzebie skrobania. 7) Skuteczność leku jest pewna, jeżeli tylko został właściwie użyty. Leku używa się w postaci wkraplań 1 cm. sz. 5 prc. roztworu do macicy (zapomocą strzykawki Brauna) i przepłukiwań pochwy 3 prc. roztworem. *Zm.*

Sanguinal podawał w szeregu przypadków błednicy i niedokrwistości Kern (*Pester med. chir. Presse* 1905, 14) i na podstawie swych spostrzeżeń potwierdza korzystną opinię, jaką dotychczas ma ten przetwór. Zaletą sanguinalu jest to, że zawiera on żelazo i mangan w łatwo przyswajalnym organicznym związku; doświadczalnie stwierdzono, że u zwierząt wcielania się z sanguinalu do 17 prc. Hb. Nadto odznacza się sanguinal tem, że nietylko nie wywołuje żadnych zaburzeń trawienia, ale że nawet poniekąd podniecca wydzielanie żołądkowe wskutek zawartości świeżo speptonizowanego białka mięsnego. Skład sanguinalu odpowiada odsetkowemu składowi krwi, a jedna pigułka sanguinalowa odpowiada 5 gr. krwi. K. podaje dziennie 3 razy dnia 2 pigułki. *Kr.*

Validol (związek mentolu z kwasem kozłkowym z dodatkiem 30 prc. wolnego mentolu) stosował Krogh (*Pharm. Tids. f. Kem. Farm.* 1905, 1) po 10—15 kropli na cukrze ze skutkiem przeciw napadom zawrotów, kołatania serca i t. p. w neurastenii, histeryi, oraz przeciw chorobie morskiej. *Zm.*

Wiewiórowe zapalenie najądrza leczy Brindel (*Monatschrift f. Harnk. und sex. Hyg.*, 1905, 2) zewnętrznie maścią Credego i 25% maścią gwajakolową. Podobnież postępuje Frauenthal (*Med. News.* 1905, 13/V.) wobec wiewiórowych zapaleń stawów. *H.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

Posiedzenie w dniu 11/24 Marca 1905 r.

Obecnych członków 15, gość jeden.

I. Protokół z poprzedniego ogólnego posiedzenia przyjęto.

II. Dr. Sowiński odczytuje rzecz pod tytułem: „Przypadek rzeżączki powikłanej wielolicznem zajęciem stawów i rzeżączkowem zapaleniem naczynia chłonnego z zejściem w zropienie“ (Drukowane w „Przegl. lek.“ Nr. 22 z r. b.)

Dyskusya. Doc. dr. W. Orłowski: Zajęcie wielu stawów, jak również ta okoliczność, że objawy zapalne bardzo łatwo przemijają,

cechuje ostry gościec stawowy; rzeżączkowe zapalenie stawów cechuje się tem, że zapalenie zajmuje zazwyczaj bardzo mało stawów, najczęściej tylko jeden, mianowicie kolanowy; zapalenie naczynia chłonnego w przypadkach prelegenta wskazuje na drogę wchłaniania się do krwi dwoinek rzeżączkowych; wobec tego można przypuścić, że i zapalenie stawów było wywołane przez dwoinki wiewiórowe. Mnogość więc zajętych stawów stanowi osobliwość przypadku prelegenta; dla zupełnej pewności należało jednak wykonać odpowiednie badanie bakteryologiczne treści stawów, które w pierwszych dniach zapalenia mogłoby wykryć dwoinki wiewiórowe

Dr. Sowiński wobec braku badania bakteryologicznego stawów nie orzeka stanowczo, iż pochodzenie zapaleń stawów w jego przypadku było rzeżączkowe, uważa zaś swój przypadek za bardzo rzadki i pouczający ze względu na powikłanie ze strony skóry; wieloogniskowe zajęcie stawów jest, zdaniem mowcy, cechującem dla rzeżączkowego zapalenia.

Prof. dr. Ziemacki wygłasza zdanie, że przerzuty do stawów podczas rzeżączki są nader częste i liczne; w lżejszych przypadkach, w których zapalenia stawów są tylko nieżytowe, rozpoznanie pochodzenia choroby jest bardzo trudne, ponieważ próbne nakłucie zwykle nie wykrywa dwoinek. Inaczej rzecz się ma w razie zropienia stawów. Niedawno mowca spostrzegał przypadek zapalenia stawu mostkowo-obojczykowego, w którym badanie otrzymanego przez nakłucie płynu surowiczego dało wynik ujemny; tymczasem po upływie tygodnia, gdy sprawa pogorszyła się, ponowne nakłucie wykryło w wysięku, tym razem ropnym, obfite dwoinki rzeżączkowe; u 9-miesięcznego dziecka, które karmiła ta chora, również utworzyło się wkrótce ropne zapalenie stawu łokciowego z obecnością dwoinek w wysięku. Wbrew zdaniu prelegenta, rzeżączka tworzy przerzuty nie w stawach mniejszych, lecz w dużych, najczęściej w stawie kolanowym, potem w biodrowym i mostkowoobojczykowym; przebieg zwykle jest nadzwyczaj ostry; bardzo często przerzuty zdarzają się w torebkach śluzowych; niedawno mowca spostrzegał u sportsmena cyklisty podczas ostrej rzeżączki zajęcie wszystkich torebek z zejściem w stan przewlekły i z utworzeniem się mnóstwa torbiaków *(hygroma)*, które trzeba było kolejno wycinać; badanie wysięku, dokonane w okresie późniejszym, nie wykryło dwoinek rzeżączkowych. Rzeżączka tworzy również przerzuty w innych narządach n. p. w opłucnej, co mowca spostrzegał w jednym przypadku z zejściem śmiertelnem, w którym badanie ropnego wysięku wykryło mnóstwo dwoinek. Wreszcie mowca przytacza bardzo ciekawe spostrzeżenie, w którem toksyna rzeżączkowa wywarła dodatni wpływ na ciężką postać liszaja czerwonego *(lichen ruber)*. Przypadek dotyczy chorego, którego cała skóra była usianą blaszkami płaskiego liszaja czerwonego, pomimo to, że chory wciąż się leczył w ciągu 16 lat; zadziwiającem było to, że gdy chory zapadł na ostrą rzeżączkę, wysypka zupełnie znikła na pewien czas; po 6 latach mowca widział znowu chorego z obfitą wysypką; ponowne zakażenie się rzeżączką miało w następstwie zupełne ustąpienie wysypki; gdy po kilku latach chory znowu zgłosił się do mówcy wskutek wznowienia się liszaja, który zajął całą skórę, mowca zaczął wstrzykiwać pod skórę bardzo słaby glicerynowodny wyciąg z czystej hodowli dwoinek rzeżączkowych; po 6–7 wstrzykiwaniach w ciągu 3 tygodni skóra oczyściła się zupełnie z wysypki; wstrzykiwaniu towarzyszyło podniesienie ciepłoty do 40°.

Dr. Sowiński: Dwoinki rzeżączkowe wykryć można w stawach tylko we wczesnym okresie zapalenia, ponieważ pod wpływem wysokiej ciepłoty giną; zapalenie zaś nadal podtrzymują, jak dowiodły doświadczenia mowcy, toksyny, zawarte w ciele dwoinek.

Dr. Kozłowski Kazimierz zaznacza, że, by uzyskać dodatni wpływ gonotoksyny na choroby skórne, które spostrzegał prof. dr. Ziemacki, należy przeładować ustrój toksyną rzeżączkową, co jest niebezpieczne.

Dr. Sowiński: Dwoinki rzeżączkowe wolnej toksyny nie zawierają; warunkiem przeładowania ustroju tą toksyną jest ogólne zakażenie dwoinkami; doświadczenia Molczanowa dowiodły, że wstrzykiwania wyjałowionej hodowli dwoinek rzeżączkowych wywołują zmiany w mózgu i rdzeniu kręgowym. Ponieważ liszaj czerwony jest chorobą, rozwijającą się na podstawie zmian w układzie nerwowym, trudno zrozumieć, w jaki sposób zmiany, wywołane gonotoksyną, mogłyby dodatnio wpłynąć na zaburzenia już istniejące i sprowadzające wysypkę na skórze.

Prof. dr. Zaleski zaznacza, że rzeżączkowe zajęcie stawów było znane pierwej, niż wykryto dwoinki wiewiórowe.

Dr. Kossowski na podstawie swoich spostrzeżeń wygłasza zdanie, że w obecnym czasie nie można odróżnić ostrego gośćca stawowego od rzeżączkowego zapalenia stawów, ponieważ bakteryologia nie wyświetliła jeszcze czynników, wywołujących gościec; lasecznika Achalmea mowcy nie udało się wyhodować ani razu; przypadki, przytoczone przez prelegenta, w których w wysięku stawowym stwierdzono dwoinki rzeżączkowe, nie są żadnym dowodem, bo ich opisy pochodzą z tych czasów, gdy dwoinek Neissera jeszcze nie odkryto.

Dr. Sowiński twierdzi, że we wczesnym okresie zapalenia stawu można odróżnić ostry gościec od rzeżączkowego na podstawie bakteryologicznego badania wysięku, które, według danych piśmienniczych, wykrywa w zapaleniu rzeżączkowem obecność dwoinek rzeżączkowych; wbrew zdaniu dr. Kossowskiego wykrył Neisser dwoinki w ropie już w r. 1879; w r. 1882 dowiódł on, że ten drobnoustrój pojawia się zawsze w rzeżączkowem zapaleniu cewki i nie może być wykryty w zapaleniach innego pochodzenia, wreszcie Bumm pierwszy otrzymał go w czystej hodowli.

Doc. dr. Witold Orłowski: Znaczenia laseczników Achalmea nie stwierdziły nowsze badania; nad etyologią ostrego gośćca stawowego pracowało i pracuje wielu badaczy; stan tej sprawy nie jest tak smutny, jak go wystawił dr. Kossowski. Istotnie, z wysięku stawowego podczas gośćca wyhodowano paciorkowca, przez którego wstrzykiwanie udało się niejednokrotnie wywołać u zwierząt ostre zapalenie stawów, nawet z powikłanem zapaleniem wsierdzia; wyświetlono, że ten paciorkowiec wkracza do ustroju najczęściej przez migdałki podniebienne i błonę śluzową gardła; wreszcie zapomocą hodowli tego paciorkowca uzyskano surowicę, która działa dodatnio na przebieg ostrego gośćca stawowego.

Dr. Kossowski pozostaje przy swem zdaniu co do etyologii ostrego gośćca stawowego i rzeżączkowego zapalenia stawów i niemożliwości ich bakteryologicznego odróżnienia.

Dr. Wierciński nie przykłada wagi do drobiazgowego rozpoznania, czy zajęcie stawów jest na tle rzeżączkowem, czy też jest to ostry gościec, ponieważ leczenie jest w obydwóch razach jednakowe.

Dr. Sowiński nie może pogodzić się z podobnem rozumowaniem: jak staramy się wyświetlić szczegółowo rodzaj wady serca, jakkolwiek leczenie zwykle jest jednakowe, tak i w zapaleniu stawów należy wyjaśnić etyologię.

Doc. dr. Witold Orłowski: Rozpoznanie tła, na którem powstało zapalenie stawów, ma wielkie znaczenie dla rokowania: ostry gościec stawowy prawie w 50% wikła się ze zmianami w sercu, które powstają nawet w lekkich przypadkach; w rzeżączkowem zapaleniu stawów spotykamy te powikłania stosunkowo bardzo rzadko.

Dr. Karnicki Aleksander: Różnica istnieje i w następstwach choroby: rzeżączkowe zapalenie stawów wiedzie zwykle do zesztywnienia stawów, co w ostrym gośćcu stawowym zdarza się rzadko. Z różnych stawów, według spostrzeżeń mowcy, najczęściej podczas rzeżączki bywają zajęte *art. radio-carpalis* i staw kolanowy.

Dr. Piotrowicz zapytuje prelegenta, dlaczego powikłania w stawach występują w rzeżączce rzadko?

Dr. Sowiński: Dwoinki rzeżączkowe należą do najsłabszych z drobnoustrojów ropotwórczych, ponieważ giną już przy znaczniejszej gorączce; więc rozpoczynające się zakażenie ustroju może mijać i nie dochodzi do zajęcia stawów; dla zakażenia ich potrzebne są oczywiście jeszcze warunki sprzyjające.

Dr. Wolański: Rzeżączkowe zapalenie stawów zdarza się w 2—2,5% wszystkich przypadków rzeżączki; pojawia się tylko w ostrym i ostrawym okresie, które spostrzegamy o wiele rzadziej, niż przypadki przewlekłej rzeżączki; najczęściej zapaleniu ulega staw kolanowy, następnie staw stopowy i stawy biodrowe. Wbrew zdaniu doc. dr. W. Orłowskiego objawy zapalne szybko przechodzą z jednego stawu na drugi; przetwory salicylowe zwykle słabo działają; gdy sprawa podstawowa polepsza się, objawy zapalne w stawach łagodnieją. Ponieważ przypadek prelegenta posiada przytoczone przed chwilą cechy, mówca jest zdania, że w przypadku prelegenta było rzeżączkowe zapalenie stawów, nie zaś ostry gościec. Zakażeniu stawów mogą sprzyjać podrażnienia cewki podczas cewnikowania.

Zdaniem dr. Kossowskiego, bezgnilne cewnikowanie cewki nie może mieć wpływu na stawy: w ambulatoryum Guyona codzień widział wielu chorych, którym wprowadzono ze względów leczniczych narzędzie do cewki, tymczasem chorych z zapaleniem stawów nie widział ani razu.

Dr. Sowiński, potwierdziwszy spostrzeżenia dr. Kossowskiego u Guyona, zaznacza jednak, że brak wśród cewnikowanych — chorych na zapalenie stawów może zależeć od tego, że chory taki nie zgłasza się już do ambulatoryum z przyczyn łatwo zrozumiałych; narzędzie wprowadzone może być jałowe, lecz cewka u chorego na rzeżączkę nigdy nie jest jałową; uszkodzenie więc narzędziem błony cewki stwarza warunki, sprzyjające ogólnemu zakażeniu.

Dr. Strawiński przytacza przypadek, dotyczący kobiety, chorej na upławy rzeżączkowe, w którym po jednokrotnem nieostrożnem zgłębnikowaniu wystąpiły ostre objawy zapalenia otrzewnej i wewnętrznych narządów płciowych i zapalenie wsierdzia, zakończone śmiercią.

III. Prof. dr. Ziemacki przedstawia:

1) Chorą, której przed 2 laty wyciął na szyi w okolicy gruczołu tarczowego mięsak gruczołu chłonnego wielkości jaja gęsiego; w styczniu bież. roku zgłosiła się chora ponownie z nowotworem w okolicy kąta lewej żuchwy, między nim a większym rogiem kości gnykowej i z guzem między łukami podniebiennymi na zewnątrz od lewego migdałka, skąd nowotwór przedostawał się do jamy gardłowej, stykając się z nowotworem na szyi. Prelegent wykonał *pharyngotomiam subhyoideam*, lecz ponieważ w ten sposób nie było można wydostać guza z jamy gardłowej, prelegent wykonał *dissectio labii inferioris et diaphragmatis oris* i przepiłował dolną szczękę; w ten sposób rozszerzywszy pole operacyjne, doszedł do gardła, wygarnął nowotwór i wyciął go. Przebieg pooperacyjny dobry. Badanie wykazało mięsak gruczołu chłonnego.

2) Chorą, której wytworzył nos przez wstrzykiwanie parafiny. Wskutek kiły, przebytej w dzieciństwie, chora miała znaczny ubytek nosa; prelegent wstrzyknął kilka razy strzykawką Pravatza bardzo małą ilość parafiny; gdy już wytworzył u podstawy nosa tamę, przeszkadzającą możliwemu dostaniu się parafiny płynnej w stronę oczodołu, wstrzyknął odrazu większą ilość i nadał nosowi odpowiednie kształty. Operacya powinna być dokonaną nader szybko, ponieważ już po 10 sekundach parafina zastyga; używa się zwykle parafiny, zastygającej przy 40°.

Dr. Wolański, zaznaczywszy, że tak wyśmienitego skutku operacyi dotychczas nie spostrzegał, zaleca przyrząd Pflügka, w którym parafina zastyga nie tak szybko, jak zwykle.

IV. Odczyt doc. dr. W. Orłowskiego pod tytułem: „Zapalenie miedniczek nerkowych podczas ciąży“ odłożono na następne posiedzenie.

Na posiedzeniu administracyjnem obrano w poczet członków Koła dr. Sowińskiego i dr. Bronisława Orłowskiego.

Witold Orłowski.

Posiedzenie w dniu 8/21 kwietnia 1905 r.

Obecnych członków 16.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia przyjęto.

II. Dr. Sowiński przedstawia chorego, który przed 8 laty zakaził się kiłą: objawy występowały tylko przez pierwsze 2 lata; pomimo dobrych warunków życiowych i sumiennego leczenia, dwa lata temu utworzył się kilak na podniebieniu twardem, który wywołał ubytek podniebienia średnicy, wynoszącej 6 ctm., i zupełne zniszczenie nosa, jakkolwiek w ciągu ostatniego roku chory wciąż leczył się w szpitalu Ałafuzowskim.

Dyskusya: Dr. Wolański: Pomimo ogromnego zniszczenia nie należy tracić nadziei, że sprawa się zatrzyma. Mowca przytacza spostrzegany przez siebie przypadek kiły dziedzicznej z zajęciem mnóstwa kości, w którym po roku leczenia sprawa zatrzymała się i chorej nawet przybyło 32 kilo. W podobnych złośliwych przypadkach nieraz wybitną poprawę wywołuje stały pobyt chorego w ciepłym klimacie.

Prof. dr. Zaleski sądzi, że Buskie wody siarczane mogłyby być dla chorego wielce pożyteczne.

Dr. W. Rudzki: Doświadczenia wykazują, że wody siarczane przeszkadzają wchłanianiu się rtęci, tworząc połączenie siarki z rtęcią. Tradycyjne wysyłanie chorych do wód siarczanych straciło obecnie podstawę.

Dr. Sowiński, potwierdzając zdanie dr. Rudzkiego, przytacza na dowód tę okoliczność, że podczas leczenia wannami siarczanemi chorzy znoszą bez objawów zatrucia podwójne i nawet potrójne dawki szaruchy. Do tegoż zdania przyłącza się dr. Wolański.

Prof. dr. Zaleski: Spostrzeżenia kliniczne dowodzą jednak, że wanny siarczane działają wyśmienicie u chorych na kiłę. To można widzieć we wszystkich zdrojowiskach siarczanych, nawet w zdrojach Turkińskich nad Bajkałem, gdzie klimat jest bardzo surowy. W stepach Kirgizkich mowca widział wyśmienite wyniki leczenia kiły przez leżenie chorych, zakopanych w szlamie, na słońcu — *horribile dictu* — w ciągu 6 godzin. Ci, co boją się trującego wpływu siarkowodoru kąpieli siarczanych, zapominają, że te kąpiele zawierają oprócz SH_2, związki siarki z metalami, których działanie nie jest jeszcze zbadanem. W każdym razie te kąpiele podnoszą wymianę materyi i sprzyjają przez to zniszczeniu zarazka.

Prof. dr. Ziemacki na podstawie 2-letnich spostrzeżeń w Pjatigorsku dochodzi do wniosku, że kąpiele siarczane działają wyśmienicie na różne sprawy zapalne nietylko pochodzenia kiłowego; podnosząc wybitnie wymianę materyi, pobudzają one do wessania wysięki. Z różnych spraw chorobowych, w których leczeniu uważano dotychczas kąpiele siarczane za przeciwwskazane, spostrzegał mowca bardzo dobre wyniki przy miażdżycy tętnic, nawet w tych przypadkach, gdzie były już objawy zgorzeli kończyn dolnych; poprawa wyrażała się tem, że kończyny dolne stawały się znów ciepłe, a w 2 przypadkach mowca spostrzegał nawet powrót tętna w zatkanych już tętnicach. Wpływ taki zależy od współdziałania wielu czynników, mianowicie ciepłego klimatu, t° wanny i różnych jej składowych części i t. d.; rozstrzygnąć, w jakiej mierze działa każdy z tych czynników, niepodobna. Wanny siarczane działają wreszcie nieraz uderzająco w wiądzie rdzenia, zatrzymując dalszy rozwój bezładu.

Prof. dr. Zaleski, przytaczając pracę Filipowicza, dotyczącą stosowania kąpieli szlamowych u chorych na wady serca, tłómaczy dodatnie działanie kąpieli siarczanych w miażdżycy tętnic tworzeniem się kwaśnego siarkanu wapnia, nieco rozpuszczalnego, zwłaszcza przy współdziałaniu kwasu węglowego, który zawiera się we krwi.

III. Dr. Sowiński przedstawia chorego, który zapadł na kiłę przed 16 laty; wtórne objawy były słabe; 6 lat temu zaczęły powstawać kilaki na kończynach, prąciu i w różnych narządach; pomimo energicznego leczenia sprawa posuwała się naprzód i wywołała zniszczenie ciał jamistych prącia aż do moszny. W klinice stosowano kąpiele gazowe, jodek potasowy i ostatnio odwar Zittmanna; chory wypił 24 funty słabego i 24 funty mocnego odwaru. Wynik tego leczenia jest ten, że kilaki zaczęły się goić, lecz w ostatnich dniach na powstałych już bliznach zaczynają pojawiać się nowe kilaki. Ta okoliczność zmusza odwlec operacyę plastyczną, mającą umożliwić czynności prącia, aż do czasu, gdy odżywianie chorego znacznie się poprawi i chory przejdzie jeszcze leczenie przeciwkiłowe. Przypadek ten uważa prelegent za pouczający i z tego względu, że zmiany prącia takie, jak u tego chorego, nieraz mylnie uchodzą za wrzód miękki fagedeniczny. Podobną pomyłkę spostrzegł prelegent 2 razy; w jednym z tych przypadków kilaki na prąciu o cechach fagedenicznych leczono w ciągu całego roku, jako wrzód miękki, lecz bezskutecznie; gdy chory wstąpił do kliniki, z prącia został kawałeczek długości 2 ctm.; leczenie przeciwkiłowe zatrzymało sprawę.

W *dyskusyi* prof. dr. Ziemacki podziela w zupełności zdanie prelegenta w sprawie dalszego leczenia chorego, sądzi jednak, że operacya w danym przypadku jest niemożliwą.

IV. Doc dr. Witold Orłowski wygłasza rzecz pod tytułem: „Zapalenie miedniczek nerkowych podczas ciąży“. (Ogłoszono drukiem w „Ginekologii“ 1905 r., kwiecień). Przytoczywszy własne spostrzeżenia i dane piśmiennicze, prelegent omawia warunki, sprzyjające powstaniu zapalenia miedniczek nerkowych podczas ciąży, przebieg kliniczny, rokowanie i leczenie. Z czynników usposabiających uważa prelegent za rzecz najważniejszą ucisk moczowodu, najczęściej prawego, przez ciężarną macicę, wskutek czego prąd moczu w moczowodzie znacznie się zwalnia, i zakażenie moczowodu z pęcherza moczowego lub drogą naczyń krwionośnych z narządów trawienia. Wbrew danym piśmienniczym prelegent jest zdania, że zapalenie miedniczek nerkowych często się zdarza podczas ciąży; przeważnie dotyczy ono prawej miedniczki i występuje po 5-tym miesiącu ciąży, jakkolwiek zdarza się także już w pierwszej połowie. Pod względem objawów klinicznych zapalenie miedniczki podczas ciąży nie różni się od obrazu klinicznego tej choroby wogóle. Dla ciężarnej i płodu to powikłanie nie grozi zwykle niebezpieczeństwem. W leczeniu jest prelegent zwolennikiem metody zachowawczej, nie zaś chirurgicznej w postaci przerwania ciąży lub nefrostomii.

Dyskusya: Prof. dr. Ziemacki spostrzegał kilka przypadków zapalenia miedniczek nerkowych, wywołanych ciążą; powikłanie to rozwija się zwykle w 22—23 tygodniu ciąży i przejawia się bolami w krzyżu, parciem na mocz, rozwojem wodonercza, gorączką lub prawidłowym stanem t° i t. d. Za przyczynę tej sprawy uważa mowca ucisk moczowodów przez główkę płodu w płaszczyznie wchodu do miednicy w linii bezimiennej, nie zaś przez ciężarną macicę, jak przypuszcza prelegent. Swoim chorym zalecał mowca położenie na brzuchu z podniesionymi pośladkami i leki, zwykle używane w zapaleniu miedniczek nerkowych; wyniki były zawsze dodatnie.

Dr. Wierciński zaznacza, że sprawa jest interesującą i dla położników i dla internistów; wobec tego, że dotychczas mało zajmowano się sprawą zapalenia miedniczek nerkowych podczas ciąży, należy żałować, że prelegent nie mógł spostrzegać dalszego przebiegu choroby i płodu w drugim swym przypadku. Wbrew zebranej przez prelegenta statystyce, zdawałoby się teoretycznie, że zapalenie miedniczek nerkowych powinno częściej powstawać u pierwiastek, niż u wieloródek.

Prof. dr. Ziemacki: Jeśli zważymy, że wieloródek jest wogóle więcej, niż pierwiastek, to dane statystyczne, przytoczone przez prelegenta, przemawiają właściwie za tem, że istotnie zapalenie miedniczek nerkowych częściej zdarza się u pierwiastek, niż u wieloródek.

Dr. Wierciński: Podwiązanie moczowodu niezawsze wywołuje wodonercze; czasami w następstwie powstaje zanik nerki, jak to było w przypadku prof. dr. Fenomenowa, w którym podczas operacyi przez pomyłkę przecięto, a następnie podwiązano moczowód.

Prof. dr. Ziemacki spostrzegał również przypadki zaniku nerki po podwiązaniu moczowodu, lecz takie zejście zdarza się bardzo rzadko.

Dr. Strawiński: Zapalenie miedniczek nerkowych podczas ciąży zdarza się istotnie często, objawiając się bolami w krzyżu; ma zwykle przebieg łagodny; leczenie powinno być, zgodnie ze zdaniem prelegenta, zachowawcze; w żadnym z przypadków mowcy o przerwaniu ciąży nie było mowy. Wreszcie mowca zapytuje prelegenta, czy jego chore przechodziły zapalenie miedniczek nerkowych lub wogóle choroby układu moczowego przed ciążą?

Doc. dr. Orłowski w odpowiedzi wyjaśnia, że ma na względzie tylko zapalenie miedniczek nerkowych, wywołane przez ciążę, więc powstające u kobiet, które przed ciążą tej choroby nie przechodziły, jakkolwiek mogły przebyć inne choroby narządu moczowego, n. p. nieżyt pęcherza moczowego. Statystyka jest jeszcze zbyt ubogą, żeby z niej wnosić stanowczo, czy pierwiastki, czy wieloródki są więcej narażone na powikłanie ciąży zapaleniem miedniczki nerkowej. Zapalenie miedniczki nerkowej zdarza się i przed 5-tym miesiącem ciąży, kiedy mechaniczny ucisk moczowodu przez główkę płodu nie jest jeszcze wyraźny; w późniejszym zaś okresie ten czynnik niewątpliwie ma wielkie znaczenie. Podwiązanie moczowodu w przeważnej liczbie przypadków wiedzie pierwotnie do wodonercza i dopiero ostatecznie do zaniku nerki; zwężenie moczowodu ma natomiast zwykle w następstwie moczonercze. *Witold Orłowski.*

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

* *Otrzymujemy następujące odezwy:*

C. k. Namiestnictwo. L. 119 588. Lwów, 31 sierpnia 1905.

I. W czasie od 2 do 7 października b. r. odbędzie się w Paryżu międzynarodowy Kongres dla gruźlicy. Na prośbę Komitetu przygotowawczego i stosownie do reskryptu c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z 29 lipca b. r. l. 34.543 zwraca się uwagę interesowanych na ten Kongres celem wzięcia w nim udziału. W załączeniu przesyła się 2 egzemplarze odbitki w języku niemieckim programu tego Kongresu, ogłoszonego w Nrze 28 z b. roku „Oesterr. Sanitätswesen", z wezwaniem zwrócenia uwagi interesowanych kół zawodowych na ten Kongres i zachęcenie ich do wzięcia w nim udziału.

O nazwiskach uczestników Kongresu zechce Redakcya donieść zawczasu c. k. Namiestnictwu.

L. 130.155. Lwów, 4 września 1905.

II. Galicyjskie c. k. Namiestnictwo, chcąc zapewnić sobie na wypadek potrzeby odpowiednią ilość sił lekarskich do tłumienia grożącej krajowi epidemii cholery i przeprowadzania rewizyi podróżnych i pakunków, pochodzących z krajów, chorobą tą zapowietrzonych, wzywa niniejszem tych PP. lekarzy, którzyby byli chętni podjąć się tych obowiązków, ażeby zgłosili się w najbliższym czasie osobiście lub pisemnie do departamentu sanitarnego c. k. Namiestnictwa, celem złożenia odpowiedniego oświadczenia. Na wynagrodzenie za takie czynności wyznacza się dla lekarzy, nie pozostających w służbie państwowej, dyety w kwocie 20 K dziennie i zwrot kosztów podróży z miejsca zamieszkania do miejsca przeznaczenia i z powrotem. Przy tem zastrzega sobie jednak c. k. Namiestnictwo prawo dowolnego wyboru zgłoszonych lekarzy i miejsca ich służbowego przeznaczenia.

C. k. Namiestnik: *Potocki.*

Międzynarodowy Kongres przeciwgruźliczy (2—7/X 1905) w Paryżu. Zarząd kolei francuskich zniżył dla członków tego Kongresu cenę jazdy od granicy francuskiej o połowę z warunkiem, że podróż ta odbędzie się między 30/IX a 10/X tą samą drogą. Ostatni już czas do wpisania się na członka. Opłata wynosi 25 franków. Wszelkich wiadomości udziela austryacki Komitet Kongresu (Wiedeń, Alserstrasse, 4. Klinika prof. Schröttera). *Schrötter.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 14 września.

* Minister oświaty w porozumieniu z ministrem spraw wewnętrznych mianował na r. szkolny 1905/6 członkami komisyi egzaminacyjnej przy egzaminach lekarskich ścisłych w Uniwer. lwowskim: komisarzem rządowym — Radcę dworu dr. J. Merunowicza, jego zastępcą — Radcę ces. dr. J. Barzyckiego. Egzaminatorami przy II-gim egzaminie ścisłym — profesorów: J. Raczyńskiego, H. Halbana, doc. J. Wiczkowskiego; przy III-cim egzaminie ścisłym — profesorów: W. Łukasiewicza, G. Ziembickiego, H. Schramma i doc. W. Bylickiego.

* Cholera w powiecie mieleckim, dzięki zarządzeniom władzy, została zlokalizowaną; nowych przypadków niema i zapewne w niedługim czasie Galicya będzie ogłoszoną, jako wolna od epidemii. W Niemczech nie zdołano jeszcze zapanować nad tą zarazą, chociaż niewielka liczba nowych przypadków zdaje się wskazywać, że szerzenie się jej straciło pierwotny rozmach. W Krakowie zarząd miasta poczynił wszelkie możebne przygotowania na wypadek pojawienia się cholery, a jednocześnie wspólnemi siłami gminy i starostwa zarządzono możebnie ścisłą asanizacyę miasta i przedmieść. Z sprawozdań, złożonych na posiedzeniu miejskiej Komisyi sanitarnej w d. 9-go b. m., można nabrać otuchy, że gdyby epidemia cholery nawiedziła Kraków, nie zastałaby na prawdę naszego miasta nieprzygotowanem, a z drugiej strony — już sama obawa cholery, wywołując szereg zarządzeń, przyczyni się do uzdrowotnienia Krakowa.

* Na sobotniem posiedzeniu Komisyi sanitarnej m. Krakowa oświadczył p. wiceprezydent miasta, że wkrótce ma nastąpić reorganizacya miejskiej służby zdrowia.

* Minister oświaty, dr. Hartl, opuszcza swoje stanowisko. Szkolnictwo w Austryi traci w nim znakomitego kierownika oświaty, który bezstronnością i sprawiedliwością może najwięcej ze wszystkich swoich kolegów narodowości niemieckiej zbliżył się do ideału ministra państwa wielojęzycznego, jakiem jest Austrya. Za jego rządów stanął w Galicyi szereg szkół średnich i instytutów uniwersyteckich; on wydał akt, uznający Uniwersytet lwowski za instytucyę wyłącznie polską, a jego udział w obchodzie 500-tnej rocznicy odnowy Uniwersytetu Jagiellońskiego i pełne taktu, ciepła, szczerości przemówienie podczas tej uroczystości, pozostaną na zawsze we wdzięcznej pamięci Polaków.

* „Gazeta lwowska" zawiadamia, że uzupełniające wybory w obu Izbach lekarskich galicyjskich odbędą się 30 września.

* Wiec Izb lekarskich rakuzkich odbędzie się w Insbruku 3-go października.

* Statut warszawskiego Towarzystwa dentystycznego został zatwierdzony. Towarzystwu zostało udzielone prawo wydawania własnego organu, wysyłania delegatów na Zjazdy naukowe, zakładania bibliotek, muzeów, miewania odczytów, wyznaczania stypendyów i t. d.

* Ukaz carski zarządza reformy w dotychczasowej organizacyi uniwersytetów rosyjskich: stanowiska rektorów będą w przyszłości obsadzane drogą wyborów uniwersyteckich, a nie na podstawie mianowań przez rząd.

* Prof. Babiński, znakomity neurolog paryski, bawi w Zakopanem. O ile nam wiadomo prof. Babiński po raz pierwszy stanął na polskiej ziemi.

* Berlińskie czasopisma donoszą o sądowo-karnej sprawie jednego lekarza i jego żony, oskarżonych o kradzież drzewa rąbanego ze składu. Obwinieni wyznali, że ostateczna nędza, a z drugiej strony litość nad drobnemi dziećmi, którym chłód srodze dokuczał (było to w m. lutym), popchnęły ich do kradzieży. Sąd uznał okoliczności łagodzące i skazał na 2-tygodniowy areszt męża, a żonę na 1 tydzień. Lepsze mieliśmy wyobrażenie o organizacyi samopomocy lekarzy w Niemczech.

* W Saksonii na 2031 lekarzy przypada 1001 partaczy; są okręgi, w których liczba tych ostatnich jest bardzo wysoka; mężczyzni stanowią 68,6% i rekrutują się przeważnie ze stanu kupieckiego; następnie idą kolejno: tkacze, golarze, szewcy, stolarze, krawcy, rzemieślnicy, piekarze, nauczyciele, rolnicy i t. d.

* Między 20 a 26 sierpnia zaszedł jeden przypadek ospy w Oświęcimiu. Dur osutkowy stwierdzono w powiatach: brzeżańskim, borodeńskim, przemyskim i rawskim (po 1 gminie), w nadwórniańskim w 2 gminach. W tymże czasie zaszedł jeden przypadek zapalenia opon mózgowordzeniowych w powiecie czortkowskim, a z dawniejszych chorych zmarło 7 osób w 7-miu gminach.

Mianowania: Dr. Schlossmann — mianowany profesorem pedyatryi w Düsseldorfie. Doc. Peter — prof. nadzw. anatomii w Gryfii.

Nekrologia. Dr. Leon Szelągowski zmarł w Warszawie. Prof. Karg z Zwickau zmarł wskutek wypadku w jeździe samochodem.

Bibliografia:

— *Przegląd higieniczny* Nr. 9. Barczewski: Projekt regulacyi zdrojowiska Krynicy. Panek: Jarstwo wobec nowoczesnej wiedzy (dok.).

— *Medycyna* Nr. 35. Mutermilch: Kilka uwag o teoryach odporności (c. d.). Orłowski: Statystyka szczepień ochronnych przeciw wściekliznie w r. 1903.

— *Gazeta lekarska* Nr. 34. Kijewski: Przyczynek do chirurgii płuc. Bartkiewicz: Bliznowate zwężenie odźwiernika po oparzeniu kwasem karbolowym. Gastroenteroanastomosis.

— *Przegląd okulistyczny* Nr. 7. Reis: Ropne zapalenie całej gałki ocznej (panophthalmitis), ropień w mózgu i śmiertelne zapalenie opon mózgowych (dok.) Bol. Wicherkiewicz: Trądzik różowaty i kilka słów w sprawie równorodnych przejawów chorobowych skórnych na spojówce i rogówce.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 11. Zanietowski: O kąpielech elektrycznych z wody siarczanej i zwykłej. Skórczewski: Wspomnienia historyczne w drodze do Krynicy.

— *Kronika lekarska* Zesz. 17. Sędziak: Etyologia i leczenie grzybicy (mycosis) górnego odcinka dróg oddechowych (c. d.).

— *Przegląd kąpielowy* Nr. 11. Dłuski: Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem od 1/V 1904 do 1/IV 1905 r.

— *Sbornik klinický* C. 6. Pelnař: Orthostatická albuminurie (c. d.). Winter: Nepříjemna instituce.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 36. Nový: O mimodĕložním tĕhotenství (c. d.). Scherer: Vrozĕne vady srdeční ve vĕku dĕtském (c. d.). Kimla: Latentni hypoplasie vrozené složitých organů žlazových při vrožene přijici (c. d.). Slavik: Zločin vraždy dle § 134. Hysterie. Polehčujici okolnosti.

— *La Presse médicale* Nr. 69. Desfosses i Santos: Gimnastyka oddechania i postawy. Terrien: Leczenie osesków lemworosnących.

Nr. 70. Letulle: Lecznica przeciwgruźlicza paryska. Lecznica Jouye-Taniès. J. Voisin i R. Voisin: Reguła żywienia padaczkowych. Dyeta jarska i dyeta podazotowa.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 36. Beneke: O wzroście fizyologicznym i patologicznym. Strauss: Doświadczenia z wziernikowaniem zagięcia esowatego jelita. Bonhoff: Prątek krowianki. Mulzer: O znajdowaniu się krętka w wytworach kiły i chorób innych. Salge: Czy matka chora na płonicę może karmić? Herz: O wykazaniu zbitych utworów pod obojczykiem. Pöppelmann: Leczenie suchot prątkową zawiesiną Kocha.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 36. Schade: Katalityczny wpływ spalania cukru. Kölliker: Biodro koślawe. Hermann: Rumień guzowaty na tle wywióru u dziecka, wyleczony śródżylnemi wstrzykiwaniami kolargolu. Neumeister: Przypadek pierwotnego płaskokomórkowego raka płuca z przerzutem na staw łopatkowy. Axmann: Leczenie ran promieniami pozafiołkowemi. Schinzinger: Rak sutka. Schüssler: Uporczywy skurcz odźwiernika; gastroenterostomia; wyleczenie. Wengler: Potrzeka oznaczania ciężaru gatunkowego w leczeniu tuczącem i odtłuszczającem. Schütz: Badania nad wydzielaniem śluzu w jelicie (dok.). Schottmüller: O nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 36. Passini: Istota jadu w hodowlach prątka ropowicy gazorodnej. Hoffmann: Doświadczenia z choliną. Merk: O „cytoryktes Luis'a“ Zirkelbach: Niebezpieczeństwo nakłucia torbiela bąblowcowego.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 36. Sahli: Spożytkowanie metody miareczkowania cukru Pavy'ego w klinice i praktyce prywatnej, oraz niektóre techniczne modyfikacye tej metody. Blum: Przypadek pierwotnej róży krtani. Żebrowski: W sprawie badania wypociny opłucnowej na prątki gruźlicze. Bergell: Chemizm nowotworów rakowych. Stotzer: Alypina, nowy lek miejscowo znieczulający. Uffenorde: Przypadek ropienia ucha środkowego. Nigris: Krętek blady i „refringens“ znajdujące się obok siebie we krwi chorych na kiłę. Lengefeld: Leczenie nadmiernego pocenia się lenicetem.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 36 (od dnia 3/IX do 9/IX) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 26, dziew. 16; nieżywo: chł. 2, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 19, kob. 22; zamiejscowych: męż. 9, kob. 10.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 9, ob. 8. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. 1. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 7, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. 1, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 3, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 7, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. 2 ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem**: miejscowych 41, obcych 19.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Unguentum Heyden Maść z kalomelolu do przeciwkiłowych wcierań (*Neisser*). Nie zabarwia, nie brudzi. Łatwo się wciera (najwyżej w ciągu 15 minut). Dawka pojedyncza 6 gr. W podzielonych rurkach rozsuwanych po 30 i 60 gr.; 60-gramowe odpowiadają zwykłemu okresowi 5 wcierań. Z powodu czułości maści należy unikać przepisywania w pojedynczych dawkach.

Calomelol (Koloidalny kalomel). Zastępuje kalomel jako wewnętrzny lek **przeciwkiłowy** w kołaczykach po 0,01, jako zasypka na **szankra, wrzody kiłowe**. Nie tak trujący, jak kalomel.

Novargan Najbardziej **niedrażniące Antigonorrhoicum** wśród **przetworów srebrowych**. Niezwykle bakteryobójcze. Do wstrzykiwań rozczyn 0.25—1%.

W **przypadkach świeżych** (do leczenia poronnego) 1—3% rozczyn (10 cm³) do wstrzykiwań lub 15% rozczyn (0,5 cm³) do wkraplań. Rozczyn przyrządzać na **zimno**; do przepłukiwania pęcherza można ogrzać do 40°.

Próbki i piśmiennictwo rozsyła: 2 a

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

1902. Vyškov. Srebrny medal wystawy. Vyškov, 1902.

Linimentum Mentholi Chloroformiatum

compos. (Lin. mentholi chlorof. comp. aptekarza Fr. Sedláčka). Mag. farm. Franciszka Sedláčka, aptekarza w Kyjove (Gaya) na Morawach, odpowiada swym składem i ceną zupełnie wymaganiom ustawy, a jest znakomitym środkiem w **gośćcu, dnie**, gośćcu mięśniowym, w bolesnych cierpieniach narządu słuchowego, w nerwowych bolach głowy i gośćcowym bolu zębów, przeciw zwiotczeniu mięśni po wytężającej pracy, długich pochodach i wycieńczających chorobach, w bolesnych cierpieniach nerwów na tle kiłowem. W chorobach żołądkowych i kobiecych oddaje linimentum jako wcierania w związku z okładami Priessnitzowskimi znakomite usługi.

Linimentum mentholi chlorof. comp. jest prawnie zabezpieczone od naśladowań znakiem ochronnym, obok podanym i zaregestrowaną nakrywką flaszek. Należy żądać i zapisywać zawsze wyraźnie **Linim. menth. chloroform.** compos. orig. Fr. Sedláčka. 155

Skład główny dla Austro-Węgier prócz Czech, Moraw i Śląska **Bruno Raabe**, Wiedeń V/1, handel leków i chemikaliów en gros, Wehrgasse 16; dla Czech, Moraw i Śląska **Milde & Rössler**, handel leków i chemikaliów en gros w Pradze.

Ceny: Wielka flaszka K. 2·40, mała K. 1·20. — Zamówienia pocztą wysyła się natychmiast. Mniej niż 2 flaszki nie wysyła się.

— Lekarze, utrzymujący aptekę domową, otrzymują 30% opustu. —

Liquor Ferro-Mangani saccharati
Liquor Ferro-Mangani peptonati

»Marka Helfenberg«

nowoczesne przetwory żeleziste łatwo strawne i smaku przyjemnego.

Oba przetwory zawierają 0·6% żelaza i o 0·10 manganu w połączeniu organicznem, nie wywołują zaparcia.

Ogólne uznanie.

Główny skład dla Austro-Węgier:

A. KREMEL Apteka pod Orłem,
Wiedeń, XIV., Märzstrasse 49.

Do nabycia we wszystkich aptekach. 51

LUSSINPICCOLO
Dr. Franciszek Wobr

ordynuje od 1-go października przez całą zimę i udziela jaknajchętniej wszelkich objaśnień. 202

Dr. UHMY
PUDER NA WŁOSY w płynie.

Doskonale odtłuszcza i odkaża skórę, zapobiega wypadaniu włosów, wzmacnia ich porost. — Do nabycia w zasobniejszych aptekach, drogueryach i składach perfum. W **Krakowie:** W. Redyk, Reim i K. Wiśniewski; **we Lwowie:** Hay, Mikolasch; **w Wiedniu:** Nieust. Wyst. Zw. prz. I. Spiegelg. 21. 175

Leukrol. Nowy, epokowy środek leczniczy, działa zdumiewająco szybko i bezwzględnie pewnie w **blednicy, niedokrwistości** i wszystkich z tego wynikłych stanach. Szybkością i skutecznością działania przewyższa wszystkie dotąd znane i stosowane środki, jakkolwiek się nazywają i z czegokolwiek są złożone. **Jedyny wewnętrzny lek swoisty, działający niezawodnie, a uderzająco w upławach białych nietryprowych.** Dawka: Kołaczyków 5—6 na dzień. Wyciągu płynnego 4 razy dnia po dużej łyżeczce herbacianej.

Haemorrhoisid. Nowy lek wewnętrzny, działający szybko i bezwzględnie pewnie przeciw **krwawnicom**, których uciążliwe objawy w 2—4 tygodni zupełnie usuwa. Dawki: Kołaczyków 3 na dzień. Wyciągu płynnego 3 razy dnia po dużej łyżeczce herbacianej.

Thiovinal, zalecany przez lekarzy we wszystkich chorobach dróg oddechowych, nieżycie oskrzeli, gruźlicy płuc i t. d.

Extr. fluid. Orthos. Od wielu lat wypróbowany, znakomity lek przeciw **kamieniom nerkowym, żółciowym, pęcherzowym, nieżytowi pęcherza, zatrzymaniu moczu i t. p.**, przewyższa wybornem działaniem znacznie najużywańsze wody mineralne. Dawka: 4 razy dnia po dużej łyżeczce herbacianej w filiżance ogrzanej wody.

Nirvenol. Działa uderzająco szybko w **gośćcu, dnie**, usuwa szybko bole po **stłuczeniach, wykręceniach, naciągnięciach mięśni i t. p.** Stosuje się jako wcieranie.

Piśmiennictwo rozsyła się pp. lekarzom. — Sprzedaż tylko aptekom. —

Skład główny: G. & R. FRITZ, Wiedeń I. Bräunerstrasse 5, Droguerya en gros. 31

CHEMISCHE FABRIK ERFURT, G. m. b. H., ERFURT-ILVERSGEHOFEN.